

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

**Vulnerabilidade e Adolescência – Intervenção de
enfermagem na Prevenção do Consumo de Álcool**

Izabela Pereira da Silveira Cardoso

Lisboa

2017

A large, stylized green wave graphic that starts from the bottom right and curves upwards and to the left, spanning across the bottom of the page.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

**Vulnerabilidade e Adolescência – Intervenção de
enfermagem na Prevenção do Consumo de Álcool**

Izabela Pereira da Silveira Cardoso

Orientador: Professor Doutor Edmundo Sousa

Orientador Clínico: Enfermeiro Chefe Paulo Silva

Lisboa

2017

Este relatório não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Ensinar não é transmitir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”.

Paulo Freire



AGRADECIMENTOS

Um percurso que chegou ao fim, mas certamente será o início de outros tantos...

Agradeço a todos aqueles que comigo caminharam e que me ajudaram a crescer enquanto pessoa e profissional.

Ao meu orientador, Professor Edmundo Sousa, por tudo o que me ensinou; todo o apoio, incentivo e confiança para realizar este trabalho; pela sua exigência que me permitiu perceber que era capaz de fazer melhor.

Ao meu orientador clínico, Enfermeiro Paulo Silva, por toda a disponibilidade e estímulo nas fases difíceis; pela forma como acreditou em mim, mostrando-me o melhor caminho para alcançar os meus objetivos.

A toda a equipa da USPAS, pela forma como me acolheram, pela partilha e incentivo nas atividades, fazendo-me sentir sempre incluída.

A todos os professores e funcionários da Escola de Santo António que colaboraram nesta intervenção; à Professora Manuela Espadinha e Professora Hermínia Madeira, por terem acreditado nesta intervenção, tornando possível a sua realização: obrigada pelo apoio e por disponibilizarem os meios necessários à sua consecução.

Aos alunos que participaram nesta intervenção, realçando os embaixadores da saúde – sem eles nada teria sido possível. Obrigada pela receptividade, empenho e compromisso em todas as atividades.

Às minhas colegas de serviço, que tantas vezes sentiram o trabalho aumentado devido à minha ausência.

Às minhas colegas de percurso, Florbela e Elisabete, por todo o apoio e ânimo nesta caminhada; juntas conseguimos ultrapassar as dificuldades.

A todos os meus professores da ESEL, pelo apoio e disponibilidade que sempre demonstraram, principalmente à Professora Maria Lourdes Varandas por ter acreditado em mim, num momento em que eu própria duvidei.

Por último, à minha família e amigos, por toda a força e energia positiva que sempre me transmitiram – obrigada pelo vosso Amor.

RESUMO

Os problemas ligados ao álcool adquirem em Portugal e em outros países, uma dimensão de problema de saúde pública. O consumo excessivo de álcool é hoje claramente identificado como sendo um dos principais fatores implicados na origem das doenças crónicas não transmissíveis. A evidência científica demonstra a existência de padrões de consumo de alto risco, especialmente em adolescentes, revelando que a experimentação do álcool é cada vez mais precoce em crianças. Também se constata que a relação entre estes padrões de consumo e a sua precocidade é responsável por uma maior probabilidade de ocorrência de dependência alcoólica.

A intervenção nesta problemática deve considerar o indivíduo, família, pares e comunidade. O enfermeiro deve desenvolver estratégias de intervenção direcionadas à educação sobre o consumo de álcool nos adolescentes, privilegiando a promoção da saúde. A intervenção comunitária teve como finalidade promover comportamentos saudáveis que conduzam à prevenção do consumo de álcool na adolescência, através da educação por pares, tendo sido realizada na Escola de Santo António, com 78 participantes. Foi utilizada a metodologia do Planeamento em Saúde e como referencial teórico optou-se pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Consiste num estudo descritivo, exploratório e transversal. Para diagnóstico da situação de saúde, recorreu-se ao Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool de Barroso, Mendes e Barbosa, e a um Questionário de Caracterização Sociodemográfica. Os resultados obtidos evidenciam défice de conhecimentos acerca do álcool, relacionado com os efeitos farmacológicos, ação e consequências no organismo; défice de conhecimentos acerca do álcool, relacionado com ideias erróneas ligadas a mitos e falsos conceitos e risco de abuso de álcool, relacionado com sentimento de solidão. A estratégia de intervenção teve por base a educação por pares. A intervenção comunitária atingiu os objetivos e permitiu o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária.

Palavras-chave: vulnerabilidade acrescida, adolescente, consumo de álcool, enfermagem comunitária, educação por pares.

ABSTRACT

In Portugal and other countries, the problems connected to alcohol acquire a public health dimension. Nowadays, excessive alcohol consumption is clearly identified as one of the main contributing factors in the origin of non-communicable chronic diseases. Scientific evidence demonstrates the existence of high risk consumption patterns, especially in teenagers, revealing that the trying of alcohol is increasingly more precocious in children. It's also realized that the relation between these consumption patterns and its precocity is responsible for a higher probability of alcoholic dependency occurrence.

The intervention in this problematic must consider the individual, its family, peers and community. The nurse must develop intervention strategies directed to alcohol consumption education in teenagers, favoring health promotion. The community intervention had as its major target the promotion of healthy behaviors that will lead to the prevention of alcohol consumption in adolescence, through peer education, and was performed with 78 participants at Escola de Santo António. Planning in Health methodology was used and as a theoretical reference it was chosen the Promotion of Health Model by Nola Pender.

It consists of a descriptive, exploratory and transverse study. For the health situation diagnosis, it was used the Questionary of knowledge about Alcohol by Barroso, Mendes and Barbosa and a Socio-demographic Characterization Questionary. The obtained results demonstrate a deficit of knowledge about alcohol, related to the pharmacological effects, action and consequences to the organism; deficit of knowledge about alcohol, related to erroneous ideas linked to false concepts and alcohol abuse risk related to feelings of loneliness. The intervention strategy was based on peer education. The community intervention achieved its goals and enabled the development of specialized competence in community nursing.

keywords: increased vulnerability, teenager, alcohol consumption, community nursing, peer education.

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
APE	Associação Portuguesa dos Enfermeiros
CENDES	Centro de estudos e desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DALYs	Anos de Vida Ajustados por Incapacidade
DGS	Direção Geral da Saúde
ECATD	Estudo sobre Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas
EEECSP	Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
EpS	Educação para a Saúde
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
ESPAD	Inquérito Escolar Europeu sobre o Álcool e outras Drogas
HBSC	Comportamentos de Saúde em Crianças em Idade Escolar
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
Nº	Número
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Pan-americana da Saúde
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PES	Projeto de Educação para a Saúde
PLSAR	Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho
PNRCAD	Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências
PNRPLA	Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool

PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
QCAA	Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool
REEPS	Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TEIP	Território Educativo de Intervenção Prioritária
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UE	União Europeia
UNICEF	Fundo Internacional de Emergência Infantil das Nações Unidas
USPAS	Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1. Vulnerabilidade Acrescida	16
1.2. Adolescência	17
1.3. Consumo de Álcool e Adolescência	19
1.4. Ambiente Escolar	20
1.5. Educação por Pares	22
1.6. Enfermagem na Comunidade e Intervenção Comunitária	23
1.7. A Enfermagem Comunitária na Promoção da Saúde – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	25
2. METODOLOGIA	28
2.1. Diagnóstico da Situação de Saúde	28
2.1.1. <u>Contextualização do Local de Intervenção</u>	29
2.1.2. <u>População, População Alvo e Amostra</u>	31
2.1.3. <u>Instrumentos, Técnicas e Procedimentos de Recolha de Dados</u>	32
2.1.4. <u>Apresentação e Análise dos Resultados</u>	34
2.1.5. <u>Diagnósticos de Enfermagem</u>	42
2.2. Definição de Prioridades	43
2.3. Fixação de Objetivos	46
2.4. Seleção de Estratégias	48
2.5. Preparação Operacional - Programação	51
2.6. Avaliação	55
3. QUESTÕES ÉTICAS	58
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 64

ANEXOS 68

Anexo I- Questionário QCAA

Anexo II- Determinantes dos Problemas Ligados ao Álcool

Anexo III- Fatores Protetores / Risco ao uso e/ou abuso de álcool

Anexo IV- Carta Europeia sobre o Álcool

Anexo V- Diagrama do Modelo de Nola Pender, adaptado à situação da intervenção comunitária

APÊNDICES 80

Apêndice I- Questionário de Caracterização Sociodemográfica

Apêndice II- Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Apêndice III- Quadro de Comparação por Pares

Apêndice IV- Inter-relação atividade/objetivo

Apêndice V- Cronograma de atividades da Intervenção Comunitária

Apêndice VI- Plano Operacional - Programação

Apêndice VII- Sessão de EpS aos Embaixadores

Apêndice VIII- Sessão de EpS aos Pares

Apêndice IX- Cartaz sobre consumo de álcool

Apêndice X- Diplomas de Mérito

Apêndice XI- Questionário de Satisfação

Apêndice XII- Consentimento Informado dos participantes e pedido de autorização à escola e aos autores do QCAA

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1- Distribuição da amostra de acordo com o género	34
Gráfico 2- Distribuição da amostra de acordo com a idade	35
Gráfico 3- Distribuição de acordo com o familiar com o qual coabita	35
Gráfico 4- Distribuição de acordo com situação laboral dos pais	36
Gráfico 5- Distribuição dos consumidores de acordo com a idade no 1º consumo	36
Gráfico 6- Distribuição dos consumidores de acordo com a companhia no 1º consumo	37
Gráfico 7- Distribuição dos consumos de acordo com a frequência da ingestão	37
Gráfico 8- Distribuição dos consumos de acordo com o nº de bebidas ingeridas numa mesma ocasião	38
Gráfico 9- Distribuição dos consumidores de acordo com quem partilham os problemas	38
Gráfico 10- Distribuição dos não consumidores de acordo com quem partilham os problemas	39
Gráfico 11- Distribuição dos consumidores de acordo com sentir-se só	39
Gráfico 12- Distribuição dos não consumidores de acordo com sentir-se só	39
Gráfico 13- Distribuição de respostas erradas do QCAA com percentagem superior a 30%	40
Gráfico 14- Distribuição de respostas erradas do QCAA antes e depois da intervenção comunitária	56

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1- Caráter de continuidade da intervenção comunitária	31
Figura 2- Ordenação dos problemas de saúde de acordo com a prioridade	46
Figura 3- Estratégias selecionadas	50
Figura 4- Avaliação da intervenção comunitária	57

INTRODUÇÃO

Os problemas ligados ao álcool adquirem em Portugal e em outros países, uma dimensão de problema de saúde pública (PNRPLA, 2010-2012); o consumo excessivo de álcool é hoje claramente identificado como sendo um dos principais fatores implicados na origem das doenças crónicas não transmissíveis (DGS, 2003).

Embora os efeitos do álcool sejam conhecidos desde a Antiguidade, os fenómenos do alcoolismo foram, durante muito tempo, ignorados; o conceito de Alcoolismo como doença, desenvolveu-se só na segunda metade do século XIX. Definir a situação que vulgarmente é designada por alcoolismo, limitando-se aos efeitos do consumo excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas, que acaba por determinar um estado de “dependência” não tem satisfeito aqueles que encaram o álcool como causa de outro tipo de patologia, não só individual, mas também coletiva, e dizendo respeito à Saúde Pública.

O risco que o álcool representa para a saúde infantil e escolar; saúde e segurança do trabalhador, da mulher e dos jovens são exemplos que apontam para as vantagens de envolver na designação comum de “Problemas Ligados ao Álcool” (OMS-1980) este vasto leque de situações relacionadas com o álcool. Esta perspetiva vem permitir alargar o “espaço” focado: ter em atenção tudo o que disser respeito à produção, distribuição, consumo, publicidade e legislação do álcool e bebidas alcoólicas e, conseqüentemente, multiplicar as estratégias da intervenção, exigindo a multidisciplinaridade na mesma (Mello, Barria e Breda, 2001).

O problema torna-se ainda mais relevante quando nos referimos aos jovens, uma vez que representa uma dimensão considerável da morbilidade e mortalidade nesta fase do ciclo de vida. As crianças e adolescentes têm maior vulnerabilidade ao álcool do que os adultos; devido à sua estrutura física, ainda em desenvolvimento e maturação, têm menor tolerância ao consumo de álcool e por outro lado não têm capacidade para avaliar e regular a quantidade de bebida e os seus efeitos (Anderson et al, 2009).

A abordagem desta problemática deverá ser o mais precoce possível. Intervir no ambiente escolar torna-se pertinente dado que a escola é um espaço onde as crianças e os jovens passam grande parte do seu dia. Neste sentido, um ambiente escolar positivo, no qual a criança / jovem se sente envolvido, seguro e reforçado,

tem um papel importante e fundamental no seu desenvolvimento, nomeadamente na capacidade de lidar com o risco associado aos comportamentos aditivos e dependências (PNRCAD, 2013-2020).

A educação pelos pares é uma metodologia utilizada a nível mundial, desenvolvida e divulgada em programas de promoção da saúde, nomeadamente programas de prevenção de uso ou abuso de substâncias psicoativas; é uma forma de educação social em que uma minoria representativa de um grupo influencia os valores, crenças e comportamentos, nos restantes membros desse grupo e promove o duplo *empowerment*: aprende quem ensina e quem é ensinado (Brito, 2009). É um processo no qual adolescentes e jovens atuam como facilitadores e multiplicadores de ações junto a outros adolescentes e jovens (UNICEF, BOMPAR e VARIAÇÃO, 2012). Sendo assim, a educação pelos pares em meio escolar, reforça a intervenção para a prevenção de consumos e promove a adoção de estilos de vida saudáveis.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEECS, explicitadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010), as intervenções de enfermagem dirigidas a problemas de saúde de uma comunidade, devem seguir a metodologia de planeamento em saúde. Assim, no desenvolvimento e implementação do projeto de intervenção foi adotada a referida metodologia, tendo como referencial teórico o Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender. Este modelo possibilita ao enfermeiro um cuidar individual à pessoa / grupo, explorando o complexo processo biopsicossocial que motiva os indivíduos a adotarem comportamentos produtores de saúde (Vitor, Lopes e Ximenes, 2005). Este modelo integra na sua construção as bases teóricas da Teoria Social e Cognitiva de Albert Bandura, salientando as influências interpessoais – família e pares – nos comportamentos de saúde, fortemente evidenciadas nos adolescentes que tendem a repetir comportamentos de outros, o que serve de suporte à educação por pares.

Este relatório refere-se ao estágio realizado no terceiro semestre do 7º Curso Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Enfermagem Comunitária e que decorreu na Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio, cuja intervenção foi implementada na Escola de Santo António.

A intervenção comunitária desenvolvida teve como finalidade: promover comportamentos saudáveis que conduzam à prevenção do consumo de álcool na

adolescência, através da educação por pares, nos alunos do 8ºano da Escola de Santo António, de outubro de 2016 a fevereiro de 2017.

Na elaboração do relatório foram utilizadas fontes de pesquisa de documentação científica: revisão bibliográfica, devidamente referenciada e revisão *scoping*, sendo utilizada a plataforma agregadora de bases de dados EBSCO; a pesquisa foi feita na MEDLINE e CINAHL. Foi aplicado questionário de conhecimentos acerca do álcool [(QCAA – Barroso, Mendes e Barbosa, 2009), (anexo I)] e questionário de caracterização sociodemográfica (apêndice I).

Procurou-se relatar, de uma forma sucinta e objetiva, o percurso desenvolvido. Neste sentido, consideraram-se 3 capítulos: no primeiro, um breve enquadramento teórico onde são abordados os principais conceitos que suportam a importância da prevenção do consumo de álcool na adolescência, educação por pares e a importância da enfermagem comunitária na promoção da saúde; no segundo capítulo é abordada a metodologia do planeamento em saúde, considerando as suas 6 etapas e respetivos procedimentos; o terceiro capítulo corresponde a reflexões finais sobre todo o percurso e o contributo deste para a aquisição e desenvolvimento de competências, tão necessárias ao exercício autónomo e refletido da enfermagem comunitária.

1. Enquadramento Teórico

Mello, Barrias e Bretas (2001), salientam a importância do modelo de Cartwright e Shaw (1978) que dá ênfase à interinfluência dos fatores sociais, económicos, psicológicos e fisiológicos - sendo nesta interinfluência e interação que se criam e desenvolvem as dois grandes e fundamentais determinantes da incidência / prevalência do Alcoolismo: os modelos de consumo e a vulnerabilidade ou proteção de cada indivíduo. É um modelo de extrema utilidade, em contraste com modelos tradicionais e unitários do Alcoolismo (anexoII). O enfermeiro assume um papel fulcral – ao longo do ciclo vital do ser humano – na promoção e educação para a saúde; é necessário que a comunidade se proteja dos fatores de risco e promova os fatores protetores (anexoIII).

1.1 Vulnerabilidade Acrescida

Rogers (1997), citado por Pinto et al (2016), afirma existir influência entre fatores externos e internos no grau de vulnerabilidade do indivíduo numa determinada situação. Consideram-se três dimensões da vulnerabilidade acrescida: individual (fatores de risco, estilo de vida); social (acesso a fontes de informação, meios, recursos disponíveis e capacidade para enfrentar dificuldades); política/institucional (família, escola, serviços). Em cada dimensão existem fatores não modificáveis e modificáveis, sendo os últimos aqueles onde o enfermeiro poderá intervir reduzindo o grau de vulnerabilidade.

De acordo com Aday (1993) e Mondragon (1993), as pessoas mais vulneráveis são as muito jovens e muito velhas, mulheres, minorias raciais, aqueles que têm pouco apoio social, com pouca instrução, que ganham baixo rendimento e aqueles que estão desempregados. O suporte social também é muito importante: a pesquisa confirmou que a solidão é prejudicial para a saúde. Boa saúde é positivamente correlacionada com envolvimento e relações satisfatórias com outras pessoas (Rose e Killien, citado por Rogers, 1997).

A vulnerabilidade é vista como um *continuum dinâmico*. As pessoas são mais vulneráveis durante as transições ou grandes mudanças na vida. Cada pessoa tem um "limiar de vulnerabilidade". Este limiar é único para cada indivíduo. Se o nível de vulnerabilidade permanece abaixo do nível limiar, a pessoa é capaz

de adaptar-se e mantêm-se saudável. No entanto, quando o limiar de vulnerabilidade for excedido, a pessoa é suscetível de ficar doente (Lessik et al. 1992). Podemos considerar os adolescentes mais vulneráveis aos consumos nocivos, por se encontrarem numa situação fragilizada; ser vulnerável significa estar suscetível ou em perigo de sofrer danos (Morais, 2010). Contudo, ser vulnerável não é o mesmo que ser incapaz, e sim ter a condição de desenvolver comportamentos adaptativos para superar os fatores de risco que podem afetar o bem-estar; esses comportamentos estão associados ao grau e à qualidade da informação que os adolescentes e jovens dispõem e à capacidade de saber mobilizar essa mesma informação (Brêtas, 2010).

A vulnerabilidade engloba a dimensão individual (não modificável) como a idade, sexo, características genéticas, e a dimensão ambiental (modificável) como o meio ambiente, o grau de escolaridade, situação socioeconómica, suporte social e recursos da comunidade. A maior ou menor vulnerabilidade de um indivíduo, depende da interação destas dimensões e da capacidade que tem para enfrentar e superar as situações adversas. É uma condição pessoal, que nos torna mais ou menos fragilizados e suscetíveis de sofrer danos e/ou adoecer. Intervenções para reforçar os recursos, sejam pessoais ou ambientais, podem ajudar a diminuir a incidência de problemas de saúde (Rogers, 1997). Intervenções de enfermagem comunitária, culturalmente adequadas e centradas na família, podem melhorar o estado de saúde das populações vulneráveis e capacitar tais grupos para a promoção da saúde (Stanhope, 2011).

1.2 Adolescência

A adolescência pode ser considerada como uma das mais ricas fases da vida humana, repleta de possibilidades de aprendizagem, de experimentação, de inovação. Uma etapa da vida que precisa ser vivida de forma plena, saudável, estimulante, protegida pelos direitos assegurados na Convenção sobre os Direitos da Criança (Poirier, 2011). A referida Convenção foi adotada pela assembleia geral das Nações Unidas em 1989 e ratificada por Portugal 1990. A criança é definida no artigo 1.º como todo o ser humano com menos de 18 anos, exceto se a lei nacional conferir a maioridade mais cedo (UNICEF, 1989). No entanto, em Portugal, o atendimento pediátrico contemplava apenas as crianças até aos 15 anos. Só em

2010, se procedeu à harmonização da idade de atendimento à criança e ao adolescente em todo o país, assegurando a acessibilidade à rede de cuidados pediátricos em todo o Sistema Nacional de Saúde, a todos os utentes até aos 18 anos (despacho n.º 9871/2010).

Segundo Whaley e Wong (1997, p. 415) “a adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta”; é um período de rápida maturação física, cognitiva, social e emocional. É frequente relacionar a este estágio o termo puberdade que se refere ao processo de maturação hormonal e de crescimento que acontece quando os órgãos reprodutores começam a funcionar e os caracteres sexuais secundários se desenvolvem.

Em relação ao desenvolvimento psicossocial, Erickson (1963) refere que a crise do desenvolvimento do adolescente leva à formação de uma identidade. A pressão para pertencer a um grupo é intensificada e vacilam nos seus estados emocionais: num momento, estão exuberantes e entusiasmados; no outro, estão deprimidos e isolados. À medida que a tensão é aliviada, a emoção é controlada. No final da adolescência, são capazes de controlar melhor as suas emoções e os seus sentimentos começam a ser menos vulneráveis e suas emoções mais amadurecidas.

Em relação ao desenvolvimento cognitivo, Piaget (1969) explica como o indivíduo, desde o nascimento, constrói o conhecimento e o desenvolvimento cognitivo procede por estágios. São considerados 4 estágios do desenvolvimento cognitivo: sensório-motor (0-2 anos), pré-operatório (2-7 anos), operatório concreto (7-11 anos) e operatório formal (a partir dos 12 anos). No estágio operatório-formal, a representação permite a abstração total. A criança não se limita à representação imediata nem somente às relações previamente existentes, mas é capaz de pensar em todas as relações possíveis logicamente buscando soluções a partir de hipóteses, e não apenas pela observação da realidade.

Segundo Papalia, Olds e Feldman (2006), a adolescência não só é marcada por mudanças no corpo, mas também envolve mudanças na forma de pensar. Embora o pensamento dos adolescentes possa permanecer imaturo em alguns aspetos, são capazes de raciocinar de maneira abstrata e fazer juízos morais sofisticados, além de poderem planejar o futuro de maneira mais realista.

1.3. Consumo de Álcool e Adolescência

O álcool ainda está bastante enraizado na cultura e economia da maioria dos países europeus. De tal forma que a legislação tem vindo a ser alterada e novos serviços e programas têm sido criados com a finalidade de reduzir o consumo e minimizar os danos associados ao álcool, nomeadamente o Decreto-Lei n.º 50/2013, que estabelece o regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público.

A evidência científica demonstra a existência de padrões de consumo de alto risco de bebidas alcoólicas, como a embriaguez e o consumo ocasional excessivo (*binge drinking*), especialmente em adolescentes e jovens adultos, revelando que a experimentação do álcool é cada vez mais precoce em crianças; a relação entre estes padrões de consumo e a sua precocidade é responsável por uma maior probabilidade de ocorrência de dependência alcoólica, assim como de consequências diretas a nível do sistema nervoso central, com défices cognitivos e de memória, limitações a nível da aprendizagem e ao nível do desempenho profissional (estudo ESPAD, realizado em Portugal pelo IDT, 2007; Decreto Lei nº 50, 2013). De acordo com Balsa, Vital e Pascueiro (2011), no estudo que elaboraram em 2001 e em 2007, sobre o consumo de álcool na população portuguesa, verificou-se um aumento considerável no consumo de bebidas alcoólicas na faixa etária 15-24 anos, com uma prevalência de 70%, sendo os que apresentam um maior tipo de consumo esporádico e excessivo (48,3%); apesar da cerveja ser a bebida mais consumida, verificou-se um aumento do consumo de *alcopops* (bebida alcoólica aromatizada, com teor de álcool nem sempre explícito) nos jovens.

Sampaio (2006), refere algumas razões para o consumo de álcool, por parte dos jovens: desinibir sexualmente e desresponsabilizar, facilitar a intimidade e a partilha no grupo de pares, desafiar a família e para viver uma experiência limite. Estes motivos ajudam a perceber como a bebida se insere nas vicissitudes do desenvolvimento, sendo a partir daqui que se poderá estruturar qualquer ação preventiva. “*O discurso do malefício não é eficaz... é preciso estruturar as ações a partir do que eles nos dizem, nos diferentes contextos onde os encontramos*” (Sampaio, 2006, p. 184).

Segundo os resultados do estudo ECATD 2011 (Feijão, Lavado e Calado, 2012), realizado em Portugal, entre os estudantes com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, a cerveja era a bebida alcoólica mais precocemente consumida, com início de consumo em idades entre os 10-12 anos, sendo 24% nos rapazes e 21% nas raparigas, enquanto o início entre os 13-15 anos era de 45% nos rapazes e 46% nas raparigas.

Os resultados do inquérito HBSC (2002 e 2006) realizado no âmbito da OMS, entre os alunos do 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade, sugerem que os jovens que já experimentaram, bem como os consumidores regulares e abusivos de álcool, apresentam um perfil de afastamento em relação à família, à escola e ao convívio com os colegas em meio escolar. Os adolescentes estão expostos aos efeitos a curto prazo da embriaguez, incluindo acidentes e comportamentos violentos; as mortes relacionadas com o álcool representam cerca de 25 % de todas as mortes de jovens do sexo masculino entre os 15 e os 29 anos, (UE, 2014).

O álcool causa anualmente 1,8 milhões de mortes (3,2% do total) e a perda de 58,3 milhões (4% do total) de anos de vida ajustados por incapacidade (DALY) em todo o mundo (PNRPLA, 2010-2012), sendo também responsável por 7,4% de todas as incapacidades e mortes prematuras na UE (Madelin, 2008).

Neste sentido, importa desenvolver políticas com vista a atrasar a idade de iniciação dos consumos. O enfoque da intervenção deverá ter um carácter preventivo, centrado nos processos de desenvolvimento de competências socio emocionais dos adolescentes, dando especial relevo ao contexto familiar e escolar. A identificação de grupos de risco com maior vulnerabilidade deverá orientar as intervenções de acordo com os diagnósticos realizados (PNRCAD, 2013-2020).

1.4 Ambiente Escolar

A escola não é apenas um contexto de aprendizagens formais, mas também de socialização e de outras aprendizagens, nomeadamente sobre conduta afetiva, social e ética (Whaley e Wong, 1999). É na escola que a criança, pela primeira vez, se torna membro de um grupo de indivíduos da sua idade e estes relacionamentos tornam-se cada vez mais importantes e influenciadores à medida que a criança cresce.

Portugal integra a REEPS, desde 1994, uma parceria interinstitucional entre a Saúde e a Educação, que conduziu a uma efetiva implementação da promoção e educação para a saúde em meio escolar. Assenta numa metodologia de trabalho por projeto, tem como ponto de partida as necessidades reais da população escolar, desenvolve processos de ensino e aprendizagem que melhoram os resultados académicos e contribui para elevar o nível de literacia para a saúde e melhorar o estilo de vida da comunidade educativa (PNSE, 2015). O despacho n.º 25.995/2005 determinou a obrigatoriedade de todas as escolas incluírem no seu Projeto Educativo a área da Educação para a Saúde.

No âmbito da capacitação da comunidade educativa, são desenvolvidas várias áreas de intervenção visando a promoção da saúde, entre elas, a prevenção de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância (PNSE, 2015). Tendo em conta que as opções de estilo de vida feitas enquanto se é novo pré-determinam a saúde na idade adulta, estas intervenções devem, ainda, contemplar a abordagem dos fatores protetores e as alterações dos comportamentos e estilos de vida (PNRPLA, 2010-2012).

A forma como a escola se organiza pode favorecer a diminuição da vulnerabilidade das crianças e adolescentes para o uso de drogas, como o álcool.

Entre as características da escola, facilitadoras do desenvolvimento de posturas mais autónomas e responsáveis pelos alunos, e que ajudam a prevenir o uso de drogas, estão: clima acolhedor e afetivo; participação, envolvimento e responsabilidade dos alunos nas tarefas e decisões da escola; valorização dos alunos e da sua cultura; fortalecimento da autoestima; capacidade de gerir emoções e capacidade de tomar decisões (Albertani, 2013).

De acordo com o PNSE (2015) é fundamental priorizar intervenções com caráter de continuidade, pedagogicamente adequadas ao nível de ensino e baseadas na evidência científica. A prevenção do consumo de álcool está integrada no currículo do ensino básico e secundário e, para além da identificação dos riscos, é crucial debater as suas causas e consequências. É importante trabalhar com os próprios jovens, mas também com os contextos sociais e ambientais em que estes crescem e aprendem, em especial com os pais, com a escola e com a restante comunidade educativa. *“Numa perspetiva de melhoria de competências para lidar*

com o risco, a Saúde Escolar deve trabalhar em parceria, a influência dos pares, a vulnerabilidade e a resiliência, mas também a vinculação familiar, escolar e social” (PNSE, 2015, p. 30).

1.5. Educação por Pares

O conceito de educação por pares é considerado pela comunidade científica como uma das estratégias mais eficazes na promoção e educação para a saúde, nomeadamente em programas de educação sexual, de prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, de violência e do uso ou abuso de substâncias psicoativas, entre outras áreas de intervenção (Brito, 2009).

Segundo Turner e Sheperd (1999), a educação pelos pares é uma estratégia que envolve membros experientes e de apoio num grupo específico, a fim de incentivar uma mudança comportamental desejável entre membros do mesmo grupo.

É uma forma de educação social em que uma minoria representativa de um grupo influencia os valores, crenças e mesmo comportamentos, nos membros integrantes desse grupo, podendo considerar-se de uma forma simples que a educação pelos pares é a formação “par a par”. É considerada uma estratégia educativa muito vantajosa, eficiente e pouco dispendiosa e que promove duplo *empowerment* visto que tanto quem ensina como quem recebe o aconselhamento, aprende (Brito, 2009).

A educação pelos pares fornece aos jovens competências e capacidades que lhes permitem resolver problemas da sociedade, junto de uma população que possui características semelhantes às suas, como sejam a idade, género ou cultura. Na fase inicial da adolescência, a pressão para pertencer a um grupo é intensificada; pertencer a um grupo dá um status, ajuda os adolescentes a definirem as diferenças entre eles e seus pais. Eles vestem-se como o grupo se veste e usam estilos de cabelo de acordo com os critérios do grupo; a linguagem, a música e a dança refletem uma cultura que é exclusiva para o adolescente.

Esta troca de saberes entre semelhantes, ou seja, entre pessoas ou grupos que têm o mesmo perfil e compartilham as mesmas vivências, facilita muito o intercâmbio de conhecimentos e práticas. A educação entre pares tem apresentado resultados positivos, pois, além de garantir a participação do jovem na condução

de todo o trabalho, promove o desenvolvimento de seus conhecimentos, atitudes e habilidades; cresce e aprende com a experiência, desenvolve habilidades de liderança e melhora a sua capacidade de se comunicar e de tomar decisões. Os jovens conversam entre si no dia a dia, e isso gera uma afinidade maior entre quem conduz a atividade e quem participa dela; a sua flexibilidade permite que aconteça em qualquer lugar e com os recursos disponíveis e pode ser combinada com outras atividades educativas. A educação entre pares torna-se, assim, um importante processo no qual adolescentes e jovens atuam como facilitadores e multiplicadores de ações junto a outros adolescentes e jovens (UNICEF, BOMPAR e VARIAÇÃO, 2012).

1.6 Enfermagem na Comunidade e Intervenção Comunitária

A enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade, assumindo um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidades), proporcionando efetivos ganhos em saúde (OE, 2010).

O EEECSF adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal, nos processos de tomada de decisão dos problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades, na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania. Responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos, famílias e grupos e assegurar a continuidade dos cuidados, articulando com os outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político (OE, 2010).

Neste contexto, a educação para a saúde e a literacia em saúde surgem como ferramentas fundamentais para o processo de capacitação das populações. A educação para a saúde no âmbito da prevenção de comportamentos de risco, tem de ter em conta não só a informação técnico-científica, mas também, e sobretudo, a aquisição de competências para atitudes conscientes para com os riscos em saúde (Carvalho, 2003). “Pensar em Saúde Pública”, é perspetivar os múltiplos fatores que influenciam o nível de vida e o bem-estar social, entre estes,

o fator-risco álcool que, como ameaça permanente à Saúde Pública, justifica e exige uma abordagem prioritária para a sua resolução (Mello, Barrias e Bredas, 2001). O EEECSF, tem como competências (OE, 2010): estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integrar a coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

A complexidade inerente aos comportamentos aditivos e dependências requer uma visão holística onde se encara o indivíduo como o centro da abordagem, desfocando-o da substância utilizada ou comportamentos manifestados. Nesse sentido, a consolidação de um modelo integrado pressupõe um contínuo interdependente de respostas, designadamente de **prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção**, em consonância com a etapa do ciclo de vida do cidadão e o contexto em que este se encontra e estruturados numa rede de referenciação e articulação de cuidados. A abordagem tendo em conta as especificidades dos diferentes contextos torna possível uma melhor adequação das intervenções a desenvolver (PNRCAD, 2013-2020).

A intervenção na **comunidade** implica uma visão global e integrada, assim como uma perspetiva ecológica; comunidades saudáveis e criativas são protetoras e potenciadoras da qualidade, bem-estar e saúde das populações e dos indivíduos. A intervenção na **família**, promovendo um ambiente familiar positivo no qual a criança/jovem se sente envolvido, seguro e reforçado - tem um papel importante no desenvolvimento individual das crianças e jovens, nomeadamente na capacidade de lidar com o risco associado ao uso/abuso de álcool. A intervenção nas **escolas**, promovendo um clima escolar positivo deve focar-se numa abordagem global, através do envolvimento dos vários atores da comunidade educativa, incluindo o Programa de Escola Segura e Programa Nacional de Saúde Escolar. De referir ainda a intervenção para a prevenção do consumo de álcool em meio recreativo, laboral, rodoviário, prisional e desportivo (PNRCAD, 2013-2020).

A informação, investigação e formação são opções fundamentais do PNRPLA, e estão intrinsecamente ligadas às grandes áreas da Estratégia

Europeia. A divulgação do conhecimento sobre a matéria, a caracterização e as intervenções baseadas na evidência bem como a formação adequada dos profissionais e outros agentes com responsabilidades nas diferentes comunidades, são o garante da efetividade de mudanças consideradas prioritárias ou da consolidação de boas práticas.

É igualmente importante que o enfermeiro tenha presente os princípios éticos da Carta Europeia sobre o Álcool (OMS, 1995) e contribua para a consecução das suas estratégias de ação (anexo IV).

O enfoque da intervenção deverá ter um **carácter preventivo**, centrando-se nos processos de desenvolvimento de competências socio emocionais nos sujeitos, desenvolvidos no âmbito de programas e projetos com **carácter de continuidade**, dando especial relevo ao contexto familiar e escolar. A identificação de grupos de risco com maior vulnerabilidade deverá orientar as intervenções – prevenção seletiva e indicada, de acordo com os diagnósticos realizados. Para o efeito é fundamental a sensibilização e capacitação de profissionais e familiares.

1.7 A Enfermagem Comunitária na Promoção da Saúde – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Considerando a promoção da saúde como uma forma de promover o desenvolvimento do homem como indivíduo e como parte de um ecossistema complexo, a atuação do enfermeiro nesta área tem que prever uma intervenção autêntica na cultura dos indivíduos, tendo em conta os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos.

Após discussões suscitadas nas conferências internacionais de promoção da saúde (Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Bogotá, 1992 e Jacarta, 1997), as atividades de promoção da saúde passaram a ser compreendidas como o estímulo à utilização das habilidades e conhecimentos das pessoas, à adoção de estilos de vida saudáveis e à mudança de comportamentos (Fonseca, 2000).

A utilização de modelos e teorias na promoção da saúde pode facilitar a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde e orientar nas soluções que respondem às necessidades e interesses das pessoas envolvidas.

Assim, o modelo de promoção da saúde de Nola Pender, pareceu ser o mais indicado para aplicar neste trabalho. Este modelo foi desenvolvido nos

Estados Unidos, na década de 80, por Nola Pender, professora de enfermagem no Michigan; apresenta uma estrutura simples e clara, possibilitando ao enfermeiro um cuidar individual à pessoa e/ou em grupo; permite planejar, intervir e avaliar suas ações (Vítor, Lopes e Ximenes, 2005). O modelo surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva os indivíduos para adotarem comportamentos produtores de saúde. O aumento de comportamentos de saúde e a diminuição de comportamentos de risco é o grande desafio que se coloca ao enfermeiro (Pender et al., 2010).

A pessoa é a centralidade deste modelo, a qual se expressa de forma única e pessoal de acordo com os seus esquemas cognitivos, perceptivos e de acordo com os fatores promotores da mudança a que está exposta. É composto por três componentes: **características e experiências** individuais: comportamento anterior a ser mudado e fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais); **sentimentos e conhecimentos** sobre o comportamento que se quer alcançar: percepção de benefícios e barreiras para ação, percepção de autoeficácia, sentimentos em relação ao comportamento e influências interpessoais (família, pares, profissionais de saúde, ou normas e modelos sociais), influências situacionais (o ambiente pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde) – influências fortemente evidenciadas em adolescentes que tendem a repetir comportamentos de outros; **resultados da conduta**, abrangendo compromisso com o plano de ação, exigências imediatas e preferências (baixo controlo sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto que as preferências pessoais exercem um alto controlo sobre as ações de mudança de comportamento) e comportamento de promoção da saúde – resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde (Silva e Santos, 2010). Apresenta-se o diagrama do referido modelo adaptado para a situação concreta, em anexo (anexo V).

Este modelo integra bases teóricas da Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura (Pender et al., 2010) a qual explica o comportamento humano mediante um modelo de reciprocidade triádica. Nesse modelo, o comportamento, os fatores pessoais internos (eventos cognitivos, afetivos e biológicos) e o ambiente externo

atuam entre si como determinantes interativos e recíprocos. O indivíduo torna-se agente e recetor de situações que se produzem e que determinarão seus pensamentos, emoções e comportamento futuro (Barros e Santos, 2010). Outro importante conceito é o de modelação, o processo de aprendizagem por exposição a modelos. Destaque-se que modelação não quer dizer mimetismo de resposta, mas sim uma modalidade de aprendizagem com função instrutiva, em que os modelos funcionam como transmissores de conhecimento, valores, habilidades.

Também a educação por pares se baseia na Teoria Social Cognitiva (Turner e Sheperd, 1999). Muita da nossa aprendizagem envolve modelos; é a aprendizagem por observação ou imitação (Bandura, 2008), podendo o grupo de pares ser o suporte para a mudança do comportamento.

Sendo, nesta idade, tão importante a identidade de grupo e a pertença a um grupo, parece pertinente a educação por pares, tendo em vista uma maior adesão face à mudança de comportamentos e/ou adoção de comportamentos saudáveis. É sabido que as pessoas se comprometem e adotam comportamentos de promoção da saúde mais facilmente se observarem esse comportamento nas pessoas que lhe são significativas e que as apoiam. A família, o grupo de pares, os profissionais de saúde e o contexto podem influenciar, de forma positiva ou negativa, a adoção de comportamentos de saúde (Pender et al., 2010).

"Eu comprometi-me com a postura proativa de promoção da saúde e prevenção de doenças com a convicção de que é muito melhor experimentar o bem-estar exuberante e prevenir doenças do que deixar a doença acontecer quando é evitável e, em seguida, tentar lidar com ela."

(Nola J. Pender, PhD, RN, FAAN – citado em UPOU NU207 Students, 2008)

2. METODOLOGIA

Foi utilizada como metodologia o Planejamento em Saúde: processo contínuo e dinâmico que permite escolher as melhores soluções entre as várias alternativas; procura um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações. É um auxiliar na tomada de decisão que permite uma racionalização na aplicação de recursos de saúde, baseada nos princípios da equidade e eficiência (Tavares, 1990).

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), são várias as etapas do Planejamento em Saúde: o **diagnóstico da situação** deve permitir identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes; na **definição de prioridades** selecionam-se os problemas que serão resolvidos, utilizando critérios como a dimensão do problema, a transcendência socioeconómica ou a vulnerabilidade; a **fixação de objetivos** em que o objetivo será o enunciado do resultado desejável, alterando a tendência; a **seleção de estratégias** permite escolher um conjunto de técnicas específicas para atingir os objetivos, a elaboração de programas e projetos com um estudo detalhado das atividades necessárias à execução; a **preparação operacional** é de extrema importância para o bom êxito do programa, devem ser atribuídas responsabilidades de execução, definir calendários e cronogramas; e a **fase de avaliação** a curto e médio prazo. Terminada a avaliação, haverá que voltar à primeira fase do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação.

2.1. Diagnóstico da Situação de Saúde

O diagnóstico de situação envolve a definição de problemas e necessidades de saúde na área em análise, sendo imprescindível proceder a um levantamento destes e assim obter um conhecimento efetivo da população (Tavares, 1990). Constitui a 1ª etapa do processo de planeamento em saúde. Para o diagnóstico da situação, aplicou-se um questionário para obtenção de dados sociodemográficos e conhecimentos acerca do álcool, que desenvolveremos nas páginas seguintes.

2.1.1. Contextualização do Local de Intervenção

A intervenção comunitária foi desenvolvida durante o estágio que decorreu entre outubro de 2016 e fevereiro de 2017, na USPAS, do ACES Arco Ribeirinho. Foi aplicada aos alunos do 8º ano da Escola de Santo António, na localidade da Cidade Sol, freguesia de Santo António da Charneca, concelho do Barreiro.

A freguesia de Santo António da Charneca foi criada a 4 de outubro de 1985, tornando-se na maior freguesia do Concelho do Barreiro com 757 hectares. A população residente é cerca de 12.500 indivíduos. As principais localidades são: Santo António da Charneca (sede de freguesia), Cidade Sol, Vila Chã, Cabeço Verde, Penalva, Amassadores e Fonte Feto. É uma zona semirrural onde predomina a dicotomia entre as propriedades rústicas de matriz semiurbana e a humildade das habitações rurais. Um conjunto de atividades dinâmicas envolve trabalhadores de várias áreas: produção vinícola, serrações, transformação de mármore, confeções, comércio e serviços (Junta de Freguesia Sto. António da Charneca, 2011).

O Agrupamento de Escolas de Santo António foi constituído e entrou em funcionamento em 2007. Está inserido no Programa **TEIP2** desde 2010, em consequência de ser reconhecido como um contexto socioeducativo particular, o qual promove o desenvolvimento de uma escola inclusiva e tem como grande meta a qualidade dos processos educativos, de modo a potenciar o desenvolvimento das capacidades cognitivas, sociais, afetivas, estéticas e morais de todos os alunos.

O agrupamento reúne um total de nove estabelecimentos de ensino, com níveis de ensino que se estendem do pré-escolar até ao ensino secundário e, ainda, percursos curriculares alternativos, cursos de educação e formação, cursos profissionais e cursos de educação e formação de adultos. Nos últimos 25 anos do século XX, verificou-se um crescimento demográfico com a construção da Urbanização Cidade Sol, que funciona como dormitório de muitas famílias que trabalham em Lisboa e onde se concentram muitos imigrantes oriundos dos PALOP. Conta com cerca de 4000 habitantes. Junto a esta urbanização, está implantado o bairro da Quinta da Mina, onde foi efetuado o realojamento sobretudo de população cigana. Hoje, encontra-se muito degradado e é considerado um dos bairros críticos do concelho do Barreiro. Tem 421 habitantes, dos quais 61% são de etnia cigana. O desemprego afigura-se uma das suas grandes vulnerabilidades

e 330 pessoas estão abrangidas pelo Rendimento Social de Inserção. O nível de escolarização da população residente na freguesia é baixo, sendo de realçar que mais de 12% não possui nenhum nível de escolarização (Agrupamento de escolas de Sto. António, 2011).

Esta intervenção insere-se no âmbito da estratégia de intervenção – Embaixadores da saúde – desenvolvida pela USPAS, em contexto escolar, e no âmbito do PLSAR. Este, tem como fundamento contribuir para a melhoria do estado de saúde global da comunidade; foi concebido de modo a assegurar um processo dinâmico e de todos. As prioridades de intervenção foram definidas a partir dos problemas encontrados e divididas em fatores protetores e fatores de risco e dentro destes, foram especificados o tipo e a sua importância nos diferentes momentos do ciclo de vida, tendo sido o alcoolismo identificado como um fator de risco na adolescência. A intervenção do PLSAR assenta no modelo salutogénico onde o centro da atuação é a saúde e não a doença; é necessário que a comunidade se proteja dos fatores de risco e promova os fatores protetores. Como tal, e tendo em conta que a saúde é um processo dinâmico que depende de múltiplos fatores, criaram um modelo de intervenção em que englobaram os contributos dos parceiros e profissionais de saúde – o **átomo da saúde**. No núcleo central, o potencial de saúde, envolto por uma nuvem de eletrões - no caso, espaços de atuação/proteção a que chamaram territórios que, tal como as outras “coisas” públicas, é de toda a gente, quer na intervenção, quer nos resultados, já que se influenciam mutuamente: afetos, cidadania em saúde, movimento, ambiente e alimentação (PLSAR, 2015). A intervenção - Embaixadores da Saúde - visa a formação de, pelo menos, um embaixador em cada turma do 8º ano, no ano letivo 2016 / 2017, colocando em evidência o conceito de Educação pelos Pares, conceito conhecido a nível mundial e preconizado pela Organização Mundial de Saúde, como sendo uma metodologia adequada, desenvolvida e divulgada em programas de promoção e educação para a saúde. Deste modo, pretende-se contribuir para o fortalecimento do território dos **afetos e da cidadania em saúde**, através do desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e psicomotoras que determinam a motivação e a capacidade dos jovens para aceder, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter a boa saúde, assim como a promoção dos relacionamentos sociais positivos.

De acordo com o PNRCAD (2013-2020) e PNSE (2015) é fundamental priorizar intervenções com caráter de continuidade, pedagogicamente adequadas ao nível de ensino e baseadas na evidência científica. A prevenção do consumo de álcool está integrada no currículo do ensino básico e secundário e, para além da identificação dos riscos, é crucial debater as suas causas e consequências.

Deste modo, a intervenção de educação por pares teve caráter de continuidade: foi iniciada aos alunos do 7º ano, e irá acompanhá-los até ao 9º ano.

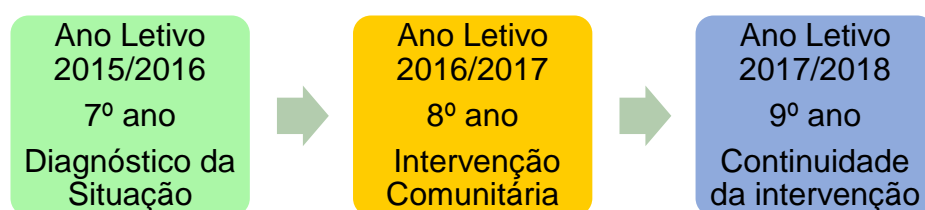


Figura 1- Caráter de continuidade da intervenção comunitária

2.1.2. População, População Alvo e Amostra

A descrição da população é um elemento fundamental para o diagnóstico de situação (Imperatori e Giraldes, 1993). Uma população é uma coleção de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. De uma forma geral, as populações nas quais se pretende intervir são grandes para serem estudadas na sua totalidade; o tempo, os custos e as pessoas envolvidas tornariam o estudo inexecutável (Mello e Guimarães, 2015). Assim, a população particular que é submetida a um estudo é chamada população alvo. Esta é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente. A população acessível, que deve ser representativa da população alvo, é constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador. A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população; é uma réplica em miniatura da população alvo. Deve ser representativa da população visada, ou seja, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada (Fortin, 1999). A técnica de amostragem deste estudo é não probabilística (amostragem de conveniência ou acidental) porque cada elemento da amostra não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra o que limita a generalização dos resultados (Fortin, 1999; Mello e Guimarães, 2015).

Os critérios de inclusão foram: idade compreendida entre os 12 e 15 anos, que preencheram o questionário livre e voluntariamente, e que foram autorizados a participar no estudo, pelos encarregados de educação, mediante consentimento livre e esclarecido (80 participantes). Os critérios de exclusão foram: alunos que não preencheram o questionário na sua totalidade ou com respostas inválidas (2 participantes).

População: Alunos da Escola de Santo António

População Alvo: alunos do 7º ano com idades entre os 12-15 anos (80)

Amostra: 78 alunos com idade entre 12-15 anos (2 excluídos)

2.1.3. Instrumentos, Técnicas e Procedimentos de Recolha de Dados

A estatística é a ciência que permite estruturar a informação numérica medida num determinado número de sujeitos, de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas na amostra e permite determinar se as relações observadas entre certas variáveis numa amostra são generalizáveis à população de onde esta foi tirada (Fortin, 1999).

Considera-se que este estudo é descritivo, exploratório e transversal; efetua-se num contexto exploratório em que, à priori, o comportamento das variáveis medidas e as relações que possam existir entre elas são desconhecidas, e é efetuado num determinado momento. Consiste em descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta ou da amostra – a finalidade é oferecer um retrato global da amostra; descreve a realidade, não se destina a explicá-la ou nela intervir (Fortin, 1999 e Aragão, 2011).

O processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para esse fim. Foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário de caracterização sociodemográfica da amostra (apêndice I) e o Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool (QCAA, anexo I): questionário de autopreenchimento constituído por 40 itens com possibilidade de resposta dicotómica, verdadeiro ou falso, e avalia os conhecimentos úteis acerca do álcool, existindo 21 afirmações verdadeiras (1, 2, 3, 7, 8, 10, 12, 13, 17, 19, 21, 25, 26, 27, 30, 33, 35, 37, 38, 39, 40) e 19 falsas (4, 5, 6, 9, 11, 14, 15, 16, 18, 20, 22, 23, 24,

28, 29, 31, 32, 34, 36). A pontuação varia de 0 a 40 pontos, atribuindo às respostas verdadeiras 1 ponto, e às falsas 0 pontos. Este questionário foi validado quanto à legibilidade e compreensibilidade pelos autores (Barroso, Mendes e Barbosa, 2009). Após terem sido cumpridos os pressupostos formais e éticos, o instrumento foi aplicado a 80 alunos do 7º ano, no período de 16 a 27 de maio de 2016. O questionário foi aplicado de forma direta em sala de aula, a todos os estudantes, cujos encarregados de educação deram autorização. O tempo de preenchimento do questionário foi cerca de 20 minutos.

Uma variável é uma propriedade observável que varia e à qual são atribuídos valores; nos estudos estatísticos são os valores que assumem determinadas características dentro de uma pesquisa e podem ser classificadas em *qualitativas* (nominais e ordinais) ou *quantitativas* (discretas ou contínuas), (Ramsey, 2009). Estas variáveis foram aplicadas no estudo e serão explicitadas no capítulo seguinte. As variáveis sociodemográficas, definidas para este estudo, foram: idade, género, agregado familiar (pais, irmãos, familiares), situação laboral dos pais, tipo de habitação e benefício de subsídio escolar.

Medir variáveis consiste em atribuir números a objetos, acontecimentos ou pessoas, segundo regras, de maneira a representar o valor que possui um atributo específico (Fortin, 1999). Foram atribuídos números para indicar valores numéricos e categoriais, com o objetivo de diferenciar os participantes, segundo a quantidade ou o grau da característica ou do atributo medido que elas possuem. As regras de medida asseguram que a atribuição dos valores é feita de forma constante de um sujeito para outro. Foram utilizadas medidas quantitativas e qualitativas, com escalas de medidas correspondentes: *escala de medida nominal* em que são atribuídos números para representar categorias mutuamente exclusivas e exaustivas; *escala de medida ordinal*, na qual são atribuídos números para representarem uma ordem de grandeza; *escala de medida de intervalos*, assegurando valores contínuos, estando os números espaçados em intervalos iguais; *escala de medida de razão*, que possui além das características da escala de intervalos, um zero absoluto para representar a ausência do fenómeno.

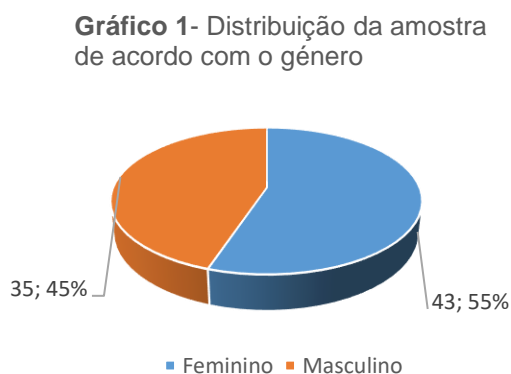
Para análise dos dados foram utilizadas as estatísticas descritivas, tais como a distribuição de frequências, as medidas de tendência central (média, mediana e moda) e medidas de dispersão (desvio padrão). Foi também utilizada a

análise de correlação para estudar o grau de associação entre as variáveis – a correlação de Spearman. A existência desta correlação não implica, obrigatoriamente, a existência de causalidade (Mello e Guimarães, 2015).

Foi utilizada esta correlação dado que faz parte dos testes não paramétricos, que se baseiam em dados nominais e ordinais e são úteis para análise de amostras grandes ou pequenas, em que os pressupostos paramétricos não se verifiquem (distribuição normal, variância homogênea e intervalos contínuos e iguais); são aplicados nos casos em que as distribuições das populações envolvidas não precisam pertencer a uma família específica de distribuições de probabilidade, como é o caso deste estudo. *“Quando os pressupostos para aplicação da análise de correlação linear paramétrica de Pearson não se verificam, podemos recorrer a outros coeficientes de correlação para investigar a associação entre duas variáveis. Assim, temos o coeficiente de correlação de Spearman que consiste em transformar os valores de cada variável em ordens (ranks)”*, Mello e Guimarães (2015: 238). A análise de dados obtidos foi efetuada com auxílio do programa estatístico SPSS, versão 22.

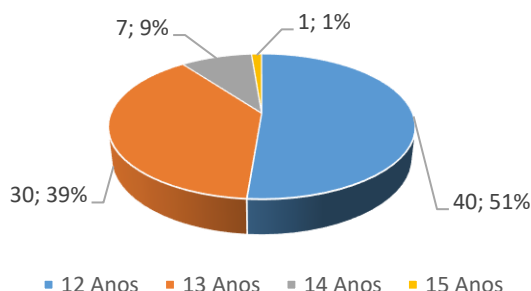
2.1.4. Apresentação e Análise dos Resultados

Nesta análise serão considerados os dados mais relevantes para a caracterização da população e identificação de problemas. A totalidade dos dados da caracterização sociodemográfica da amostra é apresentada em apêndice (apêndice II).



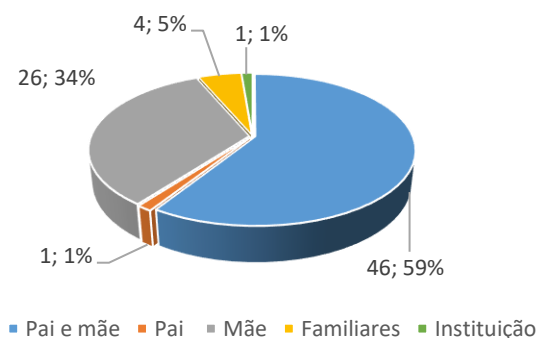
O *género* é uma variável qualitativa nominal, avaliada por uma escala nominal. A população é maioritariamente constituída pelo género feminino, 55%.

Gráfico 2- Distribuição da amostra de acordo com a idade



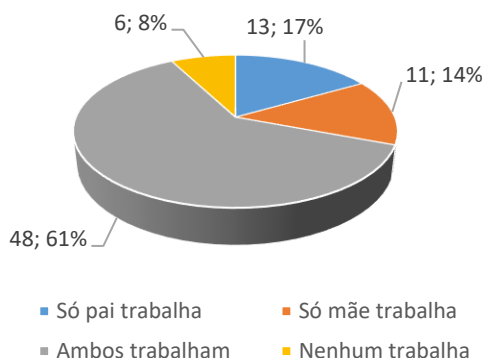
A *idade* é uma variável quantitativa contínua, avaliada numa escala de razão. Verificou-se um maior número de participantes na faixa etária dos 12 anos, 51%, com média de idades 12,6 anos (mediana 12, moda 12 e desvio padrão 0,709).

Gráfico 3- Distribuição de acordo com o familiar com o qual coabita



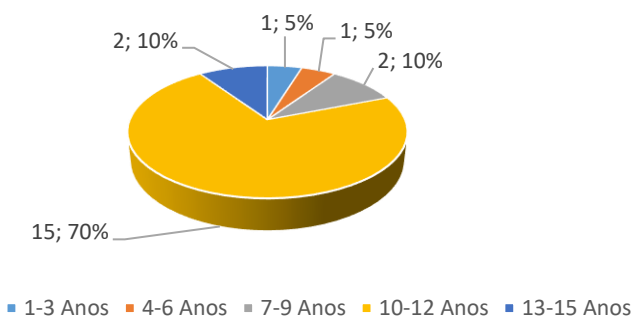
O *familiar com o qual coabita* é uma variável qualitativa ordinal, medida numa escala ordinal. A maioria vive com ambos os progenitores, 59%, sendo considerável o número que vive só com a mãe, 34%. Tendo em conta que o suporte social e familiar está relacionado com a saúde e a vulnerabilidade, é de salientar um grande número de famílias monoparentais, o que pode diminuir o suporte e a dinâmica familiar. Segundo Rose e Killen (citado por Rogers, 1997), a presença de familiares, amigos e colegas aumenta o suporte social, diminuindo a vulnerabilidade.

Gráfico 4- Distribuição de acordo com situação laboral dos pais.



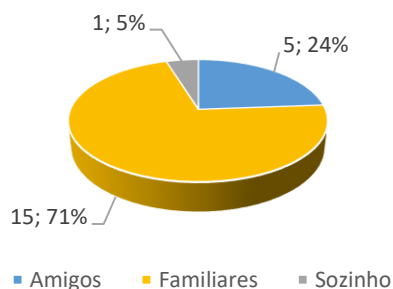
A *situação laboral dos pais* é uma variável qualitativa ordinal, medida por uma escala ordinal. Contrariamente ao que seria esperado, dado que esta escola se encontra numa zona carenciada, com várias etnias e famílias desfavorecidas, a maioria dos pais trabalha; 61% trabalham ambos e 31% trabalha só um dos progenitores. A maior parte dos estudantes não auferе subsídio escolar, 60,3%, pelo que a situação socioeconómica não parece aumentar a vulnerabilidade destes jovens.

Gráfico 5- Distribuição dos consumidores de acordo com a idade no 1º consumo.



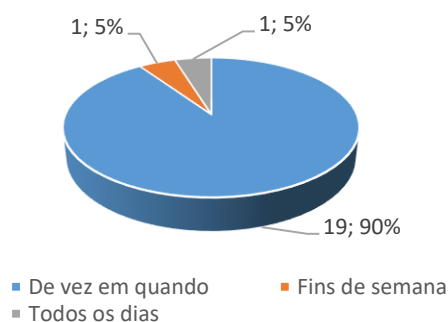
Quanto ao consumo de álcool, 26,9% consome bebidas alcoólicas. A *idade no primeiro consumo* é uma variável qualitativa ordinal, medida por uma escala ordinal. A faixa etária relativa ao 1º consumo, onde se verificou maior percentagem, 70%, foi dos 10-12 anos. De referir que 10% iniciou consumo antes dos 7 anos. A média de idades para o 1º consumo é de 10,38 anos (mediana 11, moda 12 e desvio padrão 2,674), o que vai de encontro às médias nacionais (estudo ECATD, 2011; DL nº 50, 2013).

Gráfico 6- Distribuição dos consumidores de acordo com a companhia no 1º consumo.



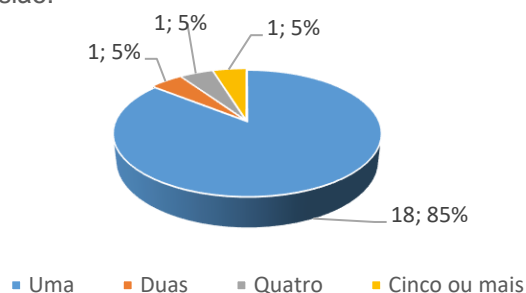
A *companhia no primeiro consumo* é uma variável qualitativa nominal, medida por uma escala nominal. A maioria teve a primeira experiência de consumo de álcool na companhia de familiares (71%), seguindo-se dos amigos (24%).

Gráfico 7- Distribuição dos consumos de acordo com a frequência de ingestão.



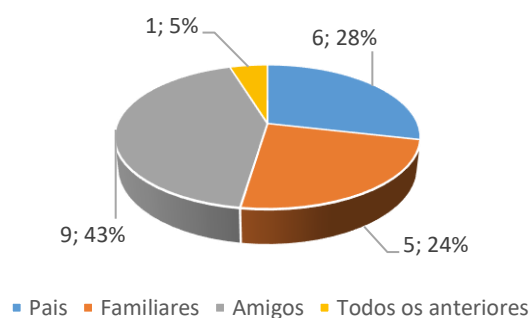
A *frequência de ingestão* é uma variável qualitativa ordinal, medida por uma escala ordinal. O padrão de consumo que prevalece é o consumo esporádico, 90%; no entanto, 5% refere consumir aos fins de semana e 5% todos os dias. Este padrão preenche os critérios de *binge drinking*, reforçando a prevalência deste padrão de consumo entre os adolescentes, tal como referido em estudos efetuados em escolas nacionais (estudo ESPAD, 2007).

Gráfico 8- Distribuição dos consumos de acordo com o nº de bebidas ingeridas numa mesma ocasião.



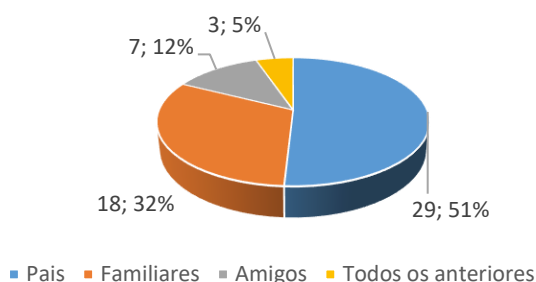
O *número de bebidas ingeridas numa mesma ocasião* é uma variável quantitativa discreta, medida por uma escala de intervalos. A quantidade de bebidas ingeridas, numa mesma ocasião, é na maioria uma bebida, 85%, seguindo-se 5% que refere consumir duas, quatro, cinco ou mais bebidas, na mesma ocasião, respetivamente. De salientar que 19% dos adolescentes, refere já ter ficado embriagado. Entre os adolescentes que consomem álcool e os que não consomem, verificaram-se diferenças mais relevantes no que concerne à partilha de problemas e ao sentimento de solidão.

Gráfico 9- Distribuição dos consumidores de acordo com quem partilham os problemas.



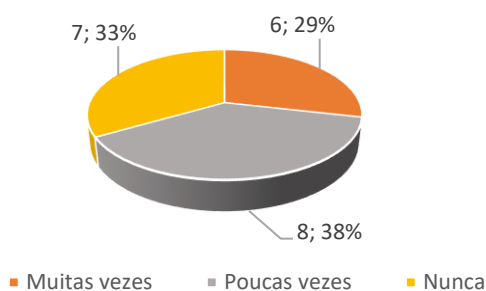
A *partilha de problemas* é uma variável qualitativa ordinal, medida por uma escala ordinal. Os adolescentes consumidores partilham mais os seus problemas com os amigos (43%) do que com os pais (28%). Estes dados vêm destacar a importância do grupo de pares na abordagem do consumo de álcool nos adolescentes.

Gráfico 10- Distribuição dos não consumidores de acordo com quem partilham os problemas.



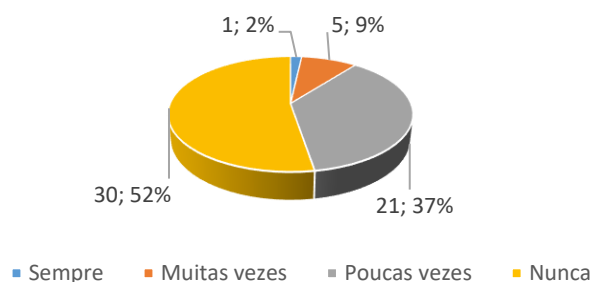
Os não consumidores partilham mais os seus problemas com os pais (51%) do que com os amigos (12%).

Gráfico 11- Distribuição dos consumidores de acordo com sentir-se só.



Em relação ao sentir-se só, os consumidores sentem-se mais sós (29% muitas vezes e 38% poucas vezes) do que os não consumidores, o que está de acordo com o estudo HBSC (2002 e 2006), que sugere que os jovens que já experimentaram, bem como os consumidores regulares e abusivos de álcool, apresentam um perfil de afastamento em relação à família, à escola e ao convívio com os colegas em meio escolar.

Gráfico 12- Distribuição dos não consumidores de acordo com sentir-se só.

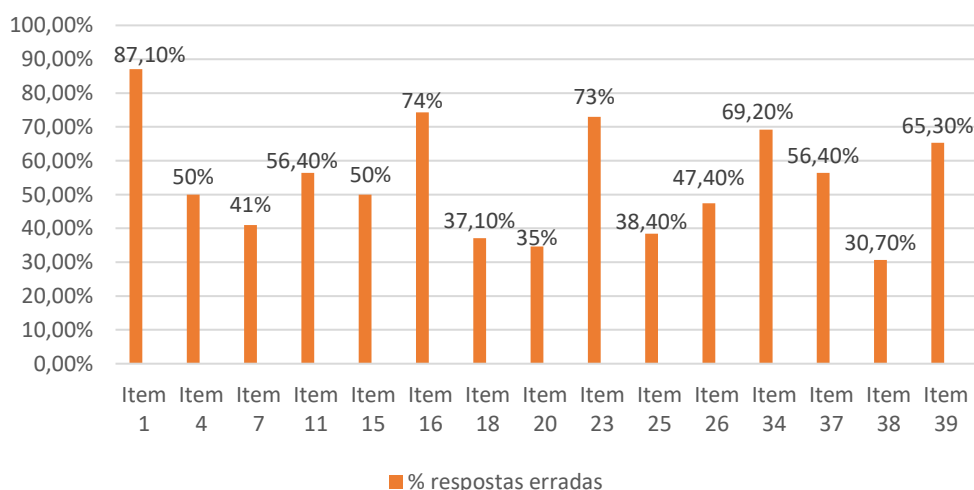


Os não consumidores sentem-se menos sós do que os consumidores (9% muitas vezes e 37% poucas vezes).

Os *itens do QCAA* são variáveis qualitativas dicotômicas, medidas por uma escala nominal (verdadeiro e falso). Quanto aos resultados, verificou-se que uma percentagem elevada de estudantes (superior a **30%**) respondeu erradamente a 15 dos 40 itens (1, 4, 7, 11, 15, 16, 18, 20, 23, 25, 26, 34, 37, 38, 39), dos quais 5 itens (1, 16, 23, 34 e 39) com uma percentagem de respostas erradas superior a **60%**. Não se verificaram diferenças relevantes de conhecimentos acerca do álcool, entre os adolescentes que consomem bebidas alcoólicas e os não consumidores.

Tal como verificado num estudo realizado pelos autores do questionário (Barroso, Mendes e Barbosa, 2009), optou-se por proceder a uma análise por item (pergunta), contabilizando as respostas corretas (1 ponto) e incorretas (0 pontos). No estudo citado foram considerados 17 itens, com grande percentagem de respostas erradas, dos quais 12 são coincidentes com a população da intervenção (1, 4, 11, 15, 16, 23, 25, 26, 34, 37, 38 e 39). Dos itens com percentagem de respostas erradas superior a 60%, coincidem os itens 1, 16 e 34. Destaca-se, em ambos os casos, o item 1, com a maior percentagem de respostas erradas (87,1%).

Gráfico 13- Distribuição de respostas erradas do QCAA, com percentagem superior a 30%



Os conhecimentos acerca do álcool demonstrados pelos adolescentes desta intervenção revelaram défices preocupantes. Ainda persistem ideias acerca do álcool que estão ligadas a mitos e falsos conceitos: consideram que o álcool é

bom para “matar” a sede (21,7%), faz com que as pessoas se sintam sempre bem-dispostas (24,3%), as pessoas ficam mais quentes porque o álcool “aquece” (69,2%), e que quando se mistura refrigerantes diminui-se a quantidade de álcool (50%). Por outro lado, também se verificou um déficit de conhecimentos associado aos efeitos farmacológicos do álcool, ação e consequências no organismo: desconhecem que o álcool das bebidas alcoólicas é o álcool etílico (87,1%) e que os efeitos do álcool variam consoante se é do sexo masculino ou feminino (56,4%), e acreditam que o efeito que o álcool provoca na pessoa depende apenas da quantidade de álcool que é ingerida (74,3%). Esta falta de conhecimento, nomeadamente no que concerne à metabolização do álcool e ao desempenho da pessoa sob o efeito do álcool, pode diminuir a percepção do risco relativamente ao seu consumo, Barroso, Mendes e Barbosa (2009).

Foram encontradas correlações de Spearman, estatisticamente significativas, entre algumas variáveis:

- Correlação estatisticamente significativa e negativa entre as variáveis idade e sentir-se só ($\rho = -,217$; $p < 0,05$; $n=78$); significa que à medida que a idade aumenta, diminui o sentimento de sentir-se só;
- Correlação estatisticamente significativa e positiva entre as variáveis sexo e sentir-se só ($\rho = ,278$; $p < 0,01$; $n=78$); o sexo feminino é o que se sente mais só;
- Correlação estatisticamente significativa e positiva entre as variáveis sentir-se só e consumir bebidas alcoólicas ($\rho = ,212$; $p < 0,05$; $n=78$); os adolescentes que se sentem mais sós são os que consomem mais bebidas alcoólicas.

A solidão pode estar presente na fase da adolescência, especialmente se for adicionada a eventos que aumentam a carga emocional, como a rejeição pelos parceiros, falta de comunicação com os pais, dificuldades em conseguir as aspirações e expectativas dos pais e dos conflitos familiares (Carrascal e Castillo, 2009). Morrison (1997), afirma que a saúde mental dos adolescentes é influenciada pelos sentimentos de bem-estar, que incluem a capacidade de interagir socialmente, lidar com o stress durante os períodos difíceis, e de se envolver em relacionamentos e atividades com os outros. Além disso, entre amigos, o

autoconceito e a autoestima, bem como o conhecimento sobre os outros e sobre o que os cerca, são realçados (Sousa e Santos, 2012).

A solidão pode surgir se os adolescentes não adquirirem a aptidão necessária para a interação social e para lidar com um ambiente social em mudança (Anderson, Woodward e Armstrong, 2004).

De acordo com Rogers (1999), alguns estados de vulnerabilidade surgem por causa das condições que ocorrem no ambiente. Cada pessoa tem fatores pessoais que interagem com o ambiente para influenciar a saúde. Estas características do indivíduo podem ser tanto inatas como adquiridas. Características adquiridas são o resultado de experiências de vida, habilidades de *coping* e estilos de vida. O ambiente inclui tanto o ambiente imediato, bem como o ambiente mais amplo da família, comunidade e sociedade. O ambiente pode ter um efeito negativo sobre a saúde da pessoa ou pode promover a saúde. O apoio social tem uma influência protetora sobre a saúde – a presença de familiares, amigos e colegas pode ajudar a modificar os efeitos do stress, reduzindo a vulnerabilidade.

Em termos de prevenção seria útil determinar quais os fatores ambientais mais preditivos de problemas relacionados com o consumo de álcool na adolescência. A resposta a esta questão poderia ajudar os enfermeiros a intervir mais cedo, modificando os fatores ambientais e reforçando os fatores protetores, de modo a diminuir a vulnerabilidade dos jovens.

De acordo com os resultados, consideraram-se como **diagnósticos de situação de saúde**, sobre os quais se pretendeu intervir: conhecimento deficiente em relação ao álcool e efeitos do seu consumo no organismo e, vulnerabilidade acrescida para o consumo de álcool devido ao sentimento de solidão, referido por vários alunos.

2.1.5. Diagnóstico de Enfermagem

A existência de uma linguagem comum numa área do conhecimento é uma das condições essenciais para que esse conhecimento seja considerado uma ciência e para que seja aceite na comunidade científica (IGIF e APE, 2003).

Com base nesta filosofia, é criada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Consiste num instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem, que fornece dados representativos dessa

prática em sistemas de informação de saúde globais. Ao longo do tempo foi sofrendo várias alterações: versão alfa (1996) até à versão 2 (2009),

A utilização da CIPE, permite um desenvolvimento contínuo da profissão, dando maior uniformização e visibilidade aos cuidados de Enfermagem. Estes aspetos são fundamentais para a melhoria dos cuidados prestados à população – clarificam-se conceitos e diagnósticos, harmonizam-se intervenções e resultados. Mas são igualmente importantes para a análise dos cuidados, surgindo como um importante suporte à definição de necessidades e das políticas de saúde (OE, 2011). De acordo com a CIPE, um **diagnóstico de enfermagem** consiste na designação atribuída por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções; deve incluir um termo do **Eixo do Foco** e um termo do **Eixo do Juízo**. Pode incluir termos adicionais de outros eixos, conforme o necessário (OE, 2011).

Tendo por base estes pressupostos de acordo com a CIPE versão 2, foram elaborados os seguintes **Diagnósticos de Enfermagem**: défice de conhecimentos acerca do álcool, relacionado com ideias erróneas ligadas a mitos e/ou falsos conceitos; défice de conhecimentos acerca do álcool, relacionado com os efeitos farmacológicos, ação e consequências no organismo e risco de abuso de álcool, relacionado com sentimento de solidão.

Em cada diagnóstico foi incluído um termo do Eixo do Foco e do Eixo do Juízo (eixo do foco: conhecimento e abuso de álcool; eixo do juízo: défice e risco).

2.2. Definição de Prioridades

A determinação de prioridades em saúde é entendida por alguns autores, como Imperatori e Giraldes (1993) e Tavares (1990), como a etapa do planeamento em saúde correspondente à hierarquização dos problemas. Trata-se da segunda etapa do processo de planeamento em saúde e consiste principalmente na tomada de decisão: selecionar prioridades, procurando saber que problema se deve tentar solucionar em primeiro lugar (Tavares, 1990).

A determinação de prioridades seleciona, por um lado, os problemas que serão objeto de intervenção e, por outro, aqueles para os quais é necessário conhecer as causas e as soluções, ou seja, as prioridades de investigação. Para fazer uma seleção dos problemas identificados, recorre-se ao uso de critérios.

Estes são cruciais, pois a sua escolha e a sua valorização ou peso relativo são uma tarefa importante porque dela resultará a lista final de prioridades. Não existem critérios nem métodos universais de os combinar, sendo que a sua seleção depende do contexto de aplicação.

Pineault e Daveluy (1987) referem que os principais critérios para estabelecer prioridades de saúde se enquadram no âmbito da determinação da importância do problema, da capacidade de solucioná-lo e da exequibilidade da solução. Um problema pode ser importante, mas dificilmente resolúvel, pelo que os decisores devem estar relativamente bem informados sobre a existência ou não de meios eficazes e aceitáveis de atuação. O conhecimento da relação entre o problema e o fator de risco, a pertinência da implementação de um projeto e a disponibilidade de recursos são critérios de determinação de prioridades, identificados por Tavares (1990).

Sánchez, Abellán e Martínez (2008), afirmam que esta etapa permite identificar necessidades e áreas prioritárias de ação, e depois, selecionar intervenções, num processo de tomada de decisões relativa à alocação de recursos. Existe um consenso na seleção de critérios, sendo comum a *magnitude* (incidência, prevalência), a *gravidade do problema* (mortalidade, invalidez, carga social), a *eficácia* (ganho de saúde, vulnerabilidade do problema) e a *viabilidade*.

Imperatori e Giraldes (1993), referem o trabalho pioneiro realizado nesta área, pelo CENDES e pela OPS (1965), onde três critérios se tornariam clássicos: a *magnitude*, caracterizando o problema pela sua dimensão; a *transcendência*, valorizando as mortes por grupos etários e a *vulnerabilidade*, correspondendo à possibilidade de prevenção, à capacidade de intervenção ou controlo do problema. Referem ainda a *evolução* do problema, a *irreversibilidade do dano*, a *conformidade legal* e a *atitude da população*.

Na definição das prioridades dever-se-á, ainda, ter em consideração o horizonte temporal para o qual se prevê a intervenção, dado que as prioridades de um plano a longo prazo não são necessariamente idênticas às de um plano a médio ou a curto prazo e a área de programação (nacional, regional, distrital, concelhia, etc.). A determinação de prioridades não é um processo puramente racional; envolve uma importante componente afetiva, de valores e julgamentos, com a consequente subjetividade (Imperatori e Giraldes, 1993). No entanto, esta etapa

deve ser tão objetiva quanto possível. Para tal convém que exista um grupo de peritos a debruçar-se sobre esta determinação, onde os critérios a adotar resultem de um consenso e não se limitem só à experiência e preferências do planificador (Tavares, 1990).

De acordo com Benner (2001), parte do conhecimento está integrado na prática e no “saber fazer” dos enfermeiros peritos. Há muito para apreender à medida que os enfermeiros descobrem significados comuns adquiridos em resultado da ajuda, da orientação e da intervenção nos acontecimentos humanos que estão no âmbito da arte e ciência de enfermagem. A autora refere o modelo de Dreyfus (1980), o qual estabelece que na aquisição e desenvolvimento de competências um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. A expressão competência engloba a noção de cuidados de enfermagem competentes e a capacidade de julgamento clínico; compreensão clara e competente de um acontecimento quando é necessário mobilizar os recursos disponíveis e fazer frente a um problema inesperado. O perito tem uma grande experiência, o que lhe permite compreender intuitivamente cada situação e apreender o problema sem se perder em vários diagnósticos e soluções. Age a partir da compreensão da situação global. Demonstra um nível elevado de adaptabilidade e de competências. Os peritos podem ser consultados pelos outros enfermeiros, quando se pretende uma avaliação mais avançada e uma decisão rápida e global.

Deste modo, e tendo em conta os critérios acima referidos, a priorização dos problemas foi feita com a colaboração de um mestre em Enfermagem Comunitária, enfermeiro chefe Paulo Silva.

De entre as várias técnicas existentes para determinação de prioridades, foi selecionada a Comparação por Pares: esta técnica permite a concentração sobre dois problemas de cada vez, sendo cada um comparado com todos os outros. Para cada par indica-se qual o problema mais importante, sendo possível fazer a ordenação final a partir do número de vezes que cada problema foi selecionado como sendo o mais importante. Esta técnica é fácil de realizar e os seus resultados são precisos, é prática quando o número de problemas é baixo e tem como vantagem o facto de cada problema ser comparado somente com um outro de cada

vez (Tavares, 1993). Assim, na aplicação desta técnica, foi construído um quadro de priorização (apêndice III), que permitiu sistematizar a seguinte ordenação dos problemas:

1º	P2- Défice de conhecimentos acerca do álcool, relacionado com os efeitos farmacológicos, ação e consequências no organismo;
2º	P1- Défice de conhecimentos acerca do álcool, relacionado com ideias erróneas ligadas a mitos e falsos conceitos;
3º	P3- Risco de abuso de álcool, relacionado com sentimento de solidão.

Figura 2- Ordenação dos problemas de saúde de acordo com a prioridade

2.3 Fixação de Objetivos

Realizado o diagnóstico de saúde e definidos os problemas prioritários, haverá que proceder à fixação de objetivos a atingir, num determinado período de tempo. É uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante a fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa (Imperatori e Giraldes, 1993). Não interessam objetivos vagos, de âmbito alargado, impossíveis de serem atingidos na prática. Objetivos bem formulados devem fornecer normas e critérios às atividades posteriores; deverão conter critérios com os quais se poderá apreciar o grau de sucesso de um projeto (Tavares, 1990).

Os objetivos correspondem aos resultados visados em termos de *estado* que se pretende para a população alvo: resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema que altera a tendência da evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto, mensuráveis a médio prazo. Os objetivos operacionais – metas – correspondem ao resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades, traduzido em termos de indicadores de atividade ou de execução, mensuráveis a curto prazo (Tavares, 1990). A nível estrutural, um objetivo deve ser *pertinente* (adequado à situação que suscitou a intervenção), *preciso* (exatidão do percurso a efetuar), *realizável* (não sendo demasiadamente ambicioso) e *mensurável* (possibilidade de avaliação). Na sua formulação devem estar contidos cinco elementos: *natureza da situação*

desejada, critérios de sucesso ou de fracasso, a população alvo, zona de aplicação e tempo em que deverá ser atingido (Tavares, 1990).

Como referido no capítulo anterior, após as conferências internacionais de promoção da saúde, as atividades de promoção da saúde passaram a ser compreendidas como o estímulo à utilização das habilidades e conhecimentos das pessoas, à adoção de estilos de vida saudáveis e à mudança de comportamentos (Fonseca, 2000). O modelo de Nola Pender surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando o complexo processo biopsicossocial que motiva os indivíduos para adotarem comportamentos produtores de saúde. O grande desafio que se coloca ao enfermeiro é o aumento de comportamentos de saúde, devendo este intervir ao nível da perceção da autoeficácia e sentimentos que podem afetar o comportamento, capacitando para a tomada de decisão. A família, o **grupo de pares**, os profissionais de saúde e o contexto podem influenciar, de forma positiva ou negativa, a adoção de comportamentos de saúde (Pender et al., 2010).

Com base nos pressupostos enunciados, foram determinados para esta intervenção comunitária, indicadores de impacto ou resultado e de atividade ou execução. Assim, esta intervenção teve como objetivo geral:

- **Promover comportamentos saudáveis que conduzam à prevenção do consumo de álcool na adolescência, através da educação por pares, nos alunos do 8ºano da Escola de Santo António, de outubro de 2016 a fevereiro de 2017.**

Decorrentes do objetivo geral surgem os objetivos operacionais, que enunciam um resultado desejável, tecnicamente exequível e mensurável. Tavares (1990) refere ainda a inter-relação entre uma atividade e um objetivo: cada atividade contribui para um objetivo específico, por sua vez contribuindo para um objetivo geral. O conjunto total das atividades permite assim atingir o objetivo geral do projeto. Deste modo, foram elaborados, para os alunos do 8º ano da Escola de Santo António, no período de outubro de 2016 a fevereiro de 2017, os seguintes objetivos operacionais:

- **Promover a educação por pares**, obtendo em cada turma do 8º ano, pelo menos um embaixador da saúde – *Atividade 1 e 2*;

- **Contribuir para a capacitação dos alunos / desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e psicomotoras**, com participação de 50% dos alunos no trabalho de grupo e participação e satisfação nas sessões de EpS de 80% - *Atividade 3, 4 e 5*;
- **Promover o relacionamento / sentimento de pertença entre os alunos e entre estes e a comunidade educativa**, com participação de pelo menos 50% dos alunos e professores do 8º e 7º ano e representantes do conselho diretivo, USPAS, UCC-Saúde Escolar, associação de pais e familiares, na aula aberta – *Atividade 5*;
- **Aumentar os conhecimentos acerca do álcool**, reduzindo a percentagem de respostas erradas do QCAA: nos itens 1, 16, 23, 34 e 39 inferior a 30% e nos itens 4, 7, 11, 15, 18, 20, 25, 26 e 27 inferior a 40% - *Atividade 3, 4 e 5*.

De forma a medir as alterações verificadas e a consecução dos objetivos, foram definidos os seguintes indicadores de resultado: número de embaixadores selecionados por turma, número de sessões de EpS efetuadas pelos pares e por turma, taxa de respostas erradas do QCAA. Será reaplicado questionário em junho de 2017 (primeira semana) para avaliação de alteração de comportamentos. Foram definidos como indicadores de atividade ou execução: taxa de adesão à intervenção comunitária, taxa de participação e satisfação nas seguintes atividades: sessões de EpS, Aula Aberta e trabalho de grupo.

2.4 Seleção de Estratégias

Posterior à fixação de objetivos, pretende-se nesta etapa propor novas formas de atuação. Pode definir-se estratégia de saúde como o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de serem atingidos os objetivos fixados, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde (Imperatori e Giraldes, 1993). Esta etapa é a que requer maior criatividade; quanto maior for o conhecimento do planificador sobre o problema em estudo, maior será a probabilidade de propor novas formas de abordagem.

Selecionar uma estratégia, de entre várias alternativas, passa pela avaliação de quatro parâmetros: custos, obstáculos, pertinência e vantagens e inconvenientes (Tavares, 1990). Cada estratégia deve prever os potenciais obstáculos e a forma de os ultrapassar. Estes poderão ser de ordem organizacional,

legal, financeira, mas também inerentes aos próprios profissionais, como a resistência à mudança e à inovação. A própria população pode não mostrar aceitabilidade face ao projeto. Medidas passando pela participação da população alvo e da comunidade, poderão contribuir para debelar esse problema (Tavares, 1990).

De acordo com a OE (2010), são evidenciadas as atividades de educação para a saúde, a famílias e grupos que constituem uma dada comunidade; o enfermeiro deve assegurar a continuidade dos cuidados, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, num determinado contexto social, económico e político.

O êxito da EpS implica um correto planeamento, para que esta não se confine apenas à transmissão de conhecimentos, mas que concretize o seu objetivo primordial, enquanto estratégia facilitadora da aquisição de comportamentos saudáveis (Carvalho e Carvalho, 2006); conhecer as motivações e aptidão para a aprendizagem, identificando o que a pessoa pretende saber e aprender, quais as suas necessidades, envolvendo-a no processo e ajudando-a no estabelecimento de prioridades (Pacheco e Cunha, 2006). Neste sentido, a intervenção comunitária promoveu a participação dos alunos, professores e comunidade educativa, nas diferentes atividades, nomeadamente na educação pelos pares e na aula Aberta.

Também o modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, reconhece as influências interpessoais (família, **pares**, profissionais de saúde, ou normas e modelos sociais) e as influências situacionais (o ambiente pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde) nos comportamentos de saúde – influências fortemente evidenciadas em adolescentes que tendem a repetir comportamentos de outros.

Tendo por base estes conceitos, foi selecionada como principal estratégia de intervenção a *Educação por Pares*, com carácter de continuidade e elencada na estratégia “Embaixadores da Saúde”, desenvolvida pela USPAS na Escola de Santo António.

A estratégia de educação para a saúde vai de encontro às estratégias preconizadas pela Carta Europeia sobre o Álcool (1995), nomeadamente o ponto 1 e 9: informar as pessoas acerca das consequências do consumo de álcool, na saúde, família e sociedade, e das medidas que podem ser tomadas para a

prevenção ou minimização do perigo, logo através de programas educacionais infantis; ... promover modelos de vida saudáveis, sobretudo os modelos que previnam ou reduzam os efeitos nocivos do consumo do álcool.

A educação por pares é uma forma de educação social em que uma minoria representativa de um grupo influencia os valores, crenças e comportamentos nos membros integrantes desse grupo, podendo considerar-se uma educação que promove o duplo *empowerment*, visto que tanto quem ensina como quem recebe o aconselhamento, aprende (Brito, 2009). Esta troca de saberes entre semelhantes, ou seja, entre pessoas ou grupos que têm o mesmo perfil e compartilham as mesmas vivências, facilita muito o intercâmbio de conhecimentos e práticas. Foram selecionadas as seguintes atividades:

Educação por pares, elencada na estratégia “Embaixadores da Saúde”, desenvolvida pela USPAS, em contexto escolar;

Colaboração com a USPAS, UCC - Saúde Escolar, docente do projeto de educação para a saúde e diretores de turma, na **seleção dos embaixadores da saúde**;

Reuniões para formalizar a **parceria com os embaixadores da saúde**;

Sessão de EpS dirigida aos embaixadores (1) e destes aos seus pares (1), promovendo a educação por pares, o envolvimento dos alunos na comunidade educativa e a **capacitação / desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e psicomotoras** nos jovens.

Uso dos **métodos Expositivo, Interrogativo e Ativo** com uso das técnicas expositiva, formulação de perguntas, dinâmica de grupo e brainstorming.

Atividades lúdicas (a negociar com os alunos), que permitam ao mesmo tempo aprender, partilhar sentimentos e experiências, promovendo o sentimento de pertença ao grupo e à escola;

Aula Aberta, para apresentação de trabalhos realizados aos colegas e toda a comunidade educativa, passagem de vídeo alusivo ao tema, **empossamento dos embaixadores** e pequeno lanche, promovendo o convívio e **reforçando a vinculação** entre todos os intervenientes.

Figura 3- Estratégia / atividades selecionadas

2.5 Preparação Operacional – Programação

No início desta etapa deverão ser especificadas as atividades constituintes do projeto. Devem ser definidas em função dos objetivos operacionais estabelecidos, prevenindo desperdício de recursos (Tavares, 1990). Deve ser especificado *quando*, *onde* e *como* as atividades devem ser concretizadas e ainda *quem* será encarregado de as executar. Devem ser determinadas as necessidades em recursos e estabelecer um calendário detalhado da execução. Nesta etapa também se inter-relacionam as atividades a serem desenvolvidas, evitando sobreposições. Existem vários métodos para determinação das relações sequenciais entre as atividades, como o cronograma de Gantt, (Imperatori e Giraldes, 1993). Assim, foi elaborado um quadro de inter-relação atividade/objetivo (apêndice IV) e cronograma de Gantt (apêndice V), que permitem uma visualização e controlo das atividades programadas.

Seguidamente serão apresentadas as atividades, segundo uma ordem cronológica e de forma sucinta. O plano operacional com informação mais detalhada encontra-se em apêndice (apêndice VI). As atividades foram realizadas na escola, em sala de aula e em sala de reuniões, no horário da disciplina de OC (oferta curricular) de cada turma. Nas sessões de EpS recorreu-se ao uso do método expositivo, interrogativo e ativo, com aplicação de técnica expositiva, brainstorming, formulação de perguntas e dinâmica de grupo. A aula aberta decorreu no miniginásio, em horário facultado pela escola, com dispensa de aulas para todos os alunos do 7º e 8º.

Outubro 2016

Atividade 1- Colaboração na seleção dos embaixadores da saúde, através da realização de reuniões com enfermeiro da USPAS, da UCC - Saúde Escolar, docente do PES e diretores de turma, para divulgação da intervenção e solicitação de adesão à mesma.

Objetivo- Obter, pelo menos, um embaixador por turma no 8º ano.

Foram selecionados 2 embaixadores, por turma. Os critérios de seleção foram, por unanimidade, selecionar o delegado e subdelegado de turma, dado que já tinham sido eleitos pelo grupo, subentendendo-se confiança e aceitação pela maior parte da turma. Foi exceção uma turma, em que a diretora de turma optou

por selecionar 2 alunos com menor participação nas atividades escolares, com o objetivo de promover a participação.

Na pesquisa bibliográfica não foram encontrados critérios definidos, no entanto, constata-se que grande parte dos embaixadores da saúde, em contexto escolar, são delegados de turma, como é o caso da rede de escolas públicas de Almada.

Atividade 2- Reunião para formalizar a parceria com os embaixadores da saúde - 1 reunião por turma, cerca de 60 minutos.

Objetivo- Promover a adesão dos embaixadores ao projeto; sensibilizar para a problemática do álcool nos adolescentes, abordagem à educação por pares.

Apresentação do projeto “Vulnerabilidade e Adolescência – Intervenção de enfermagem na Prevenção do Consumo de Álcool” e atividades a desenvolver; clarificação do conceito “educação por pares” e função do embaixador da saúde; breve abordagem da problemática do consumo do álcool na adolescência, promovendo a partilha de ideias e interação entre os embaixadores; perceção dos saberes que dominavam, assim como as expectativas e motivação, troca de contactos entre os participantes (tlm, mail...).

Outubro e novembro 2016

Atividade 3- Sessão de EpS dirigida aos embaixadores – 1 sessão por turma, cerca de 60 minutos (apêndice VII).

Objetivo- Educar sobre consumo de álcool na adolescência; promover a educação por pares; contribuir para a capacitação / desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e psicomotoras que permitam escolhas informadas e seguras.

Exposição oral dos conteúdos: conceito de bebida alcoólica e tipo de bebidas alcoólicas; metabolismo do álcool no organismo; efeitos nocivos do consumo de álcool e crenças erróneas sobre os efeitos do álcool; vídeo sobre efeitos do consumo de álcool; educação por pares / planeamento da intervenção; promoção da dinâmica de grupo através da discussão dos conteúdos apresentados e esclarecimento de dúvidas; entrega de capa para portefólio (com sites de interesse sobre o tema e informação impressa) a cada embaixador. Foram realizadas breves reuniões na turma, com os professores, embaixadores e restantes alunos com expansão das capacidades de todos para participarem,

negociarem, influenciarem e controlarem os trabalhos a desenvolver para apresentarem na aula aberta.

Para além da transmissão de conhecimento será necessário um conjunto de apoios para uma mudança de atitudes, trabalhar as convicções pessoais, as crenças e os valores individuais. De acordo com Green et al. (1980), citado por Carvalho e Carvalho (2006), a EpS é uma “combinação” de experiências de aprendizagem planeadas, no sentido de facilitar a mudança voluntária de comportamentos saudáveis. Destaca-se a capacitação crítica do indivíduo para compreender o ambiente e as opções de escolha disponíveis, de modo a poder optar por escolhas saudáveis.

Novembro 2016

Atividade 4- Sessão de EpS realizada pelos embaixadores, dirigida aos seus pares - 1 sessão por turma, cerca de 60 minutos (apêndice VIII).

Objetivo- aumentar os conhecimentos acerca do álcool; promover a educação por pares; contribuir para a capacitação / desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e psicomotoras nos jovens, que permitam escolhas informadas e seguras; melhorar os relacionamentos afetivos.

Exposição oral dos conteúdos: conceito de bebida alcoólica e tipo de bebidas alcoólicas; metabolismo do álcool no organismo; efeitos nocivos do consumo de álcool e crenças erróneas sobre os efeitos do álcool; promoção da dinâmica de grupo através da discussão dos conteúdos apresentados e esclarecimento de dúvidas; negociar com os pares a elaboração, em grupo, de cartaz alusivo ao tema para exposição na “aula aberta”.

Ao promover as competências pretende-se reforçar o **território da Cidadania em Saúde**, bem como a literacia em saúde – conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter a boa saúde. As relações sociais, especificamente ser aceite pelo grupo de pares e ter amigos, tornam-se particularmente importantes e influentes no desenvolvimento harmonioso dos adolescentes. O sentido de inclusão e pertença, assim como a intimidade, afeto, validação e segurança emocional que estas relações proporcionam são fundamentais para a aprendizagem de um conjunto de competências e para a concretização do desenvolvimento da adolescência. A

conquista de uma maior autonomia face aos pais mantendo uma relação harmoniosa com os mesmos, ou a formação de uma identidade e autoconceito positivos, são tarefas fundamentais deste período do desenvolvimento (Correia et al., 2014).

Dezembro 2016

Atividade 5- Aula Aberta, dirigida a toda a comunidade educativa - 1 sessão, cerca de 90 minutos.

Objetivo- Promover a educação por pares; promover a vinculação familiar, escolar e social.

Apresentação do trabalho realizado: cartaz em 3D alusivo ao tema, elaborado pelos alunos (apêndice IX); vídeo sobre consumo de álcool na adolescência; empossamento e entrega de diplomas de mérito, aos embaixadores e aos diretores de turma do 8º ano (apêndice X); lanche – convívio.

Ao executarmos, de forma partilhada, atividades saudáveis reforçamos a dinâmica assumida por todos e reforçamos os laços entre as pessoas e a ligação à sua comunidade. Pretendeu-se fortalecer o **território dos Afetos** – território privilegiado de envolvimento da inteligência emocional, que pressupõe o conjunto de sentimentos relacionais. Esses sentimentos de afeto são carregados de emoções e expectativas. Englobam-se ainda atividades relacionadas com a promoção dos relacionamentos sociais positivos, contribuindo decisivamente para potenciar a vida afetiva equilibrada. Com o lanche pretendeu-se promover o convívio, reforçando a **vinculação** entre todos os intervenientes, num ambiente descontraído e de partilha. A mobilização de todos é o garante da Saúde.

Janeiro 2017

Atividade 6- Avaliação da Intervenção Comunitária -1 sessão por turma, cerca de 45 min.

Objetivo- Promover a continuidade da intervenção comunitária; contribuir para a capacitação dos jovens no âmbito da prevenção do consumo de álcool.

Foi reaplicado o QCAA para posterior avaliação e comparação de resultados, antes e depois da intervenção. Através da dinâmica de grupo, promoveu-se a reflexão e consolidação das aprendizagens adquiridas, assim como a perceção do grupo para a importância de prevenir o consumo de álcool na adolescência.

Existem muitas maneiras de ensinar e aprender: explorando atitudes, valores e comportamentos. São as influências que afetam a aprendizagem dos alunos, tudo aquilo que é aprendido por meio de práticas, gestos e percepções do meio social e escolar, discutindo-se cada vez mais a possibilidade de uma escola que construa o cidadão (Santos, 2009).

Freire (2000), afirma que ensinar não é somente transmitir conhecimento, mas sim, proporcionar que o aluno aprenda de dentro para fora. Propõe um modelo de educação que esteja disposta a considerar o ser humano como sujeito da sua própria aprendizagem onde a sua vivência, realidade e o modo de ver o mundo, sejam considerados, tornando esta aprendizagem realmente autêntica para ele. A sua pedagogia propõe um ensino baseado no diálogo, na liberdade e no exercício de busca do conhecimento, de forma participativa e transformadora, numa relação horizontal e de simpatia entre educando e educador, enfatizando a necessidade do processo “reflexão-ação”.

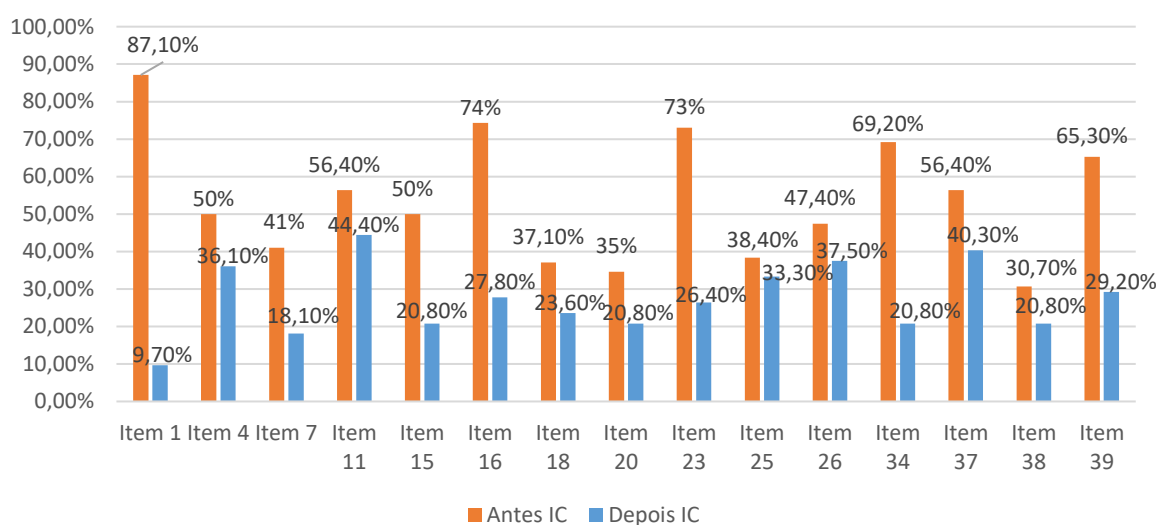
2.6- Avaliação

A avaliação constitui a etapa final da metodologia do Planejamento em Saúde, ligando-se circularmente com a fase inicial do mesmo (Imperatori e Giraldes, 1993). Segundo a Organização Mundial de Saúde (1981), citado por Tavares (1990), a avaliação é uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente. Para este autor, a avaliação permite determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, através de indicadores. Refere a importância de cada projeto conter uma forma de avaliação, quer ao nível dos resultados que se esperam obter, quer ao nível da sua elaboração, implementação e execução. Daqui se depreende que a avaliação se inicia logo na primeira etapa do processo, acompanhando-o em todas as etapas subsequentes. E da própria avaliação final nasce um novo diagnóstico de situação de saúde, atualizado e exigindo novas ações.

Passando ao processo de avaliação da intervenção comunitária, no que se refere aos **indicadores de resultado**, obtiveram-se 2 embaixadores por turma, com uma taxa de 200%, o que superou o resultado esperado. Foi realizada 1 sessão de EpS aos embaixadores e 1 sessão de EpS dos embaixadores aos seus pares, por turma, tendo-se atingido o objetivo, taxa de 100%. Em relação aos

resultados do QCAA obteve-se uma percentagem de respostas erradas inferior a 30% nos itens 1, 16, 23, 34 e 39, com uma taxa de 100%. Em relação aos itens 4, 7, 11, 15, 18, 20, 25, 26, 37 e 38, a percentagem de respostas erradas foi inferior a 40%, exceto no item 11 em que se obteve uma percentagem de respostas erradas de 44,4%, obtendo-se uma taxa de 90% em relação ao objetivo, não sendo atingido na sua totalidade. O gráfico seguinte permite a visualização dos resultados do QCAA, antes e depois da intervenção comunitária:

Gráfico 14- Distribuição das respostas erradas do QCAA, antes e depois da intervenção comunitária.



Em virtude do QCAA tratar-se de um questionário que avalia conhecimentos, considerou-se possível a sua reaplicação, apesar do curto espaço temporal da intervenção, o que poderá limitar a avaliação dos ganhos efetivos.

Para além destes indicadores, foram também definidos **indicadores de atividade**: verificou-se uma taxa de 100% em relação às atividades realizadas em comparação com as previstas. Na adesão dos alunos e diretores de turma, participação e satisfação dos embaixadores e restantes alunos nas sessões de EpS e na aula aberta, assim como nos representantes previstos, verificou-se uma taxa de 100%, tendo-se atingido os objetivos. Em relação ao trabalho de grupo verificou-se uma taxa de participação de 50%, sendo o objetivo atingido parcialmente. Deveu-se, essencialmente, à não disponibilidade dos alunos devido a outras atividades (visitas de estudo, corta-mato), realização de testes e férias. Na figura seguinte, esquematiza-se a avaliação da intervenção comunitária:

Objetivos Operacionais	Indicador	Resultados obtidos
1- Promover a educação por pares , obtendo em cada turma do 8º ano, pelo menos 1 embaixador da saúde;	Taxa de adesão Taxa de satisfação Nº de embaixadores	Taxa de adesão 100% Taxa de satisfação 100% Obtidos 2 embaixadores / turma
2- Contribuir para a capacitação dos alunos / desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e psicomotoras , com participação de 50% dos alunos no trabalho de grupo e participação e satisfação nas sessões de EpS de 80% ;	Taxa de participação Taxa de satisfação	Taxa de participação no trabalho de grupo 50% Taxa de satisfação e participação dos embaixadores nas sessões EpS 100% Taxa de satisfação e participação dos restantes alunos nas sessões EpS 100%
3- Promover o relacionamento / sentimento de pertença entre os alunos e entre estes e a comunidade educativa, com participação de pelo menos 50% dos alunos e professores do 8º e 7º ano e representantes do conselho diretivo, USPAS, UCC - Saúde Escolar, associação de pais e familiares, na aula aberta ;	Taxa de participação Taxa de satisfação	Taxa de participação alunos e professores 100% Taxa de satisfação dos alunos 100% Presença de cerca de 160 alunos, 6 DT, docente PES, representantes da direção escolar, USPAS, UCC, Assoc. Pais, familiares e não docentes.
4- Aumentar os conhecimentos acerca do álcool , reduzindo a percentagem de respostas erradas do QCAA: nos itens 1, 16, 23, 34 e 39 inferior a 30% e nos itens 4, 7, 11, 15, 18, 20, 25, 26, 37 e 38, inferior a 40%.	Nº de respostas erradas	Itens 1, 16, 23, 34 e 39, taxa de 100% Itens 4, 7, 11, 15, 18, 20, 25, 26, 37 e 38, taxa de 90% .

Figura 4- Avaliação da intervenção comunitária

A taxa de satisfação foi avaliada através de aplicação de questionário, de autopreenchimento, no final das sessões (apêndice XI). A taxa de participação nas sessões de EpS, foi avaliada pela observação do número de alunos que interviram, pelo número de intervenções colocadas por cada aluno e pela interação entre os elementos do grupo. Tavares (1990), considera também a avaliação subjetiva que, apesar de não ter sido utilizada como critério de avaliação, permite mencionar o feedback da comunidade educativa, que foi positivo. A relação afetiva que se estabeleceu com os alunos e professores, proporcionou um clima facilitador de aprendizagens e partilha de experiências; estes jovens demonstraram vontade de aprender e satisfação em serem embaixadores da saúde, assumindo o compromisso de dar continuidade à educação por pares.

3. QUESTÕES ÉTICAS

Na enfermagem, a ética diz respeito à responsabilidade que os enfermeiros têm, como indivíduos e como profissionais, relativamente ao seu desenvolvimento pessoal e profissional. Para a ética ter alguma credibilidade, deve basear-se não só nos nossos valores partilhados e em mudança, mas em princípios universalmente conhecidos e respeitados (Thompson, Melia e Boyd, 2004). Estes autores realçam o *respeito pelas pessoas e pelos seus direitos*, integrando este princípio todo o código de ética para enfermeiros do ICN (Conselho Internacional de Enfermeiros). Referem também o *princípio da justiça* – exigência de equidade universal, igualdade para diferentes grupos e não discriminação, responsabilidade de manter níveis de competência, iniciar e apoiar ações que vão ao encontro da saúde e necessidades das pessoas; *princípio da beneficência*, ou dever protetor do cuidado – fazer o bem, dever de defender os direitos dos que são demasiado jovens ou fracos e que se encontram vulneráveis; este princípio remete para o *princípio da não maleficência* – não prejudicar; princípio da *responsabilidade fiduciária*, não só para cuidar e aconselhar mas também para agir e advogar em nome dos que estão menos informados. O enfermeiro tem o dever de proteger os interesses da pessoa e não tirar vantagem da sua ingenuidade, ignorância ou vulnerabilidade.

Segundo Fortin (1999), qualquer investigação com seres humanos levanta questões éticas que podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Refere cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, determinados pelos códigos de ética: o direito à *autodeterminação*, a pessoa decide livremente sobre a sua participação ou não na investigação; à *intimidade*, a pessoa determina a extensão da informação a dar, salvaguardando, se assim entender, informações íntimas e privadas; ao *anonimato e confidencialidade*, de forma que nenhum participante possa ser identificado, nem pelo investigador nem pelo leitor; à *proteção contra o desconforto e o prejuízo*, e por fim a um *tratamento justo e leal*, tratamento equitativo dos participantes durante a investigação, direito a ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, assim como os métodos usados no estudo. Estas informações são essenciais a um consentimento ou a uma recusa esclarecida quanto a uma eventual participação na investigação.

O olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo de investigação, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios estabelecidos. Do princípio ao fim do estudo. (Nunes, 2013, pág. 5). De acordo com o enunciado do ICN, o qual revela a posição dos Enfermeiros e os Direitos Humanos - *Position Statement: Nurse and Human Rights* (1998), os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos em todo o tempo e em todas as situações. Inclui assegurar que cuidados adequados são prestados, com os recursos disponíveis, de acordo com a ética. Igualmente, o enfermeiro está obrigado a assegurar que os doentes recebem informação apropriada para consentirem no tratamento ou procedimentos, incluindo a participação em investigação (Nunes, 2013). Esta autora refere ainda que, de acordo com as *Diretrizes éticas para a investigação em Enfermagem*, são seis os princípios éticos que devem guiar a investigação: *beneficência* e avaliação da *maleficência*, sob o princípio de «não causar dano», avaliando os riscos possíveis e previsíveis. *Fidelidade*, o princípio de «estabelecer confiança» entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação; *justiça*, o princípio de «proceder com equidade» e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro; *veracidade*, seguindo o princípio ético de «dizer a verdade», informando sobre os riscos e benefícios, associado ao consentimento livre e esclarecido; *confidencialidade*, o princípio de «salvaguardar» a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante um estudo. Distingue-se do anonimato, o que está em consenso com os autores supracitados.

De acordo com Benner (1984), a profissão de enfermagem não se limita a cuidar, exige também que o enfermeiro empregue métodos que foram legitimados por estudos credíveis – prática baseada na evidência. Por outro lado, Benner, que adota uma abordagem mais qualitativa e fenomenológica da investigação em enfermagem, afirma que se prestarmos atenção às especificidades do conhecimento e competências dos enfermeiros, vemos que elas se manifestam em interações concretas de cuidar. É este aspeto específico da relação de compromisso entre pessoas concretas, e não a abordagem científica objetiva, que sobressai do particular e tenta isolar e controlar as variáveis na situação em questão, com o objetivo de se obterem generalizações válidas e previsões fiáveis. A prática baseada na evidência não é eticamente neutra; pode ser reducionista e,

em certos aspetos, parcial. O particular dilui-se no universal e a pessoa corre o risco de passar a ser um número. Embora grande parte da evidência que os enfermeiros obtêm através da delicada interação diária com as pessoas seja qualitativa e intuitiva, não deixa de ser crítica na avaliação que faz ao estado geral de saúde e ao bem-estar dessas mesmas pessoas. Os enfermeiros, enquanto indivíduos por direito próprio, gestores e membros da profissão, não devem ignorar estas questões morais relativas ao equilíbrio que se deve procurar estabelecer entre satisfazer as necessidades que as pessoas têm individualmente e respeitar o princípio universal da justiça para todos.

A Enfermagem enquanto profissão autorregulada, tem definidos tanto no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) todos estes princípios éticos e deontológicos, a cumprir no seu exercício, onde se inclui a investigação.

Nesta intervenção comunitária, todos os pressupostos foram cumpridos. Foi dada informação aos encarregados de educação sobre a intervenção assim como o direito de retirar o consentimento em qualquer momento da intervenção, sem implicação de quaisquer consequências. Todos assinaram o consentimento informado (apêndice XII).

Os dados obtidos foram tratados de forma a manter o anonimato e a preservar a confidencialidade das fontes pelo que se recorreu a codificação dos questionários. A análise dos dados foi feita com rigor, de forma agregada e com suporte real e veraz na colheita. Procedeu-se a uma análise isenta e confrontada com a literatura e estudos realizados na área. Foi solicitada autorização às instituições implicadas e aos autores do QCAA, na pessoa da Professora Doutora Teresa Barroso (apêndice XII). De referir que o número de participantes se manteve durante toda a intervenção. Na revisão da literatura, pretendeu-se apresentar o “estado da arte”, tendo em conta o princípio da integridade académica, materializável nas citações e referências, no respeito pela fidelidade do autor.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A apropriação de um domínio específico de Enfermagem reforça a visão holística e contextual da pessoa e potencia a adequação da resposta face à especificidade das necessidades em cuidados de enfermagem (OE, 2009). Daí a importância do EEECSPP ao desenvolver uma prática globalizante centrada na comunidade. Adquire competências que lhe permite participar na avaliação multicausal, nos processos de tomada de decisão dos problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades, na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania. Responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos, famílias e grupos e assegurar a continuidade dos cuidados, articulando com os outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político (OE, 2010).

A consecução da intervenção comunitária permitiu mobilizar conhecimentos adquiridos e desenvolvidos nas diferentes unidades curriculares e contribuiu para a aquisição de competências específicas em enfermagem comunitária e de saúde pública. A utilização da metodologia do planeamento em saúde permitiu determinar a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, neste caso um grupo de jovens em contexto escolar. Possibilitou também a articulação com modelos de intervenção comunitária de promoção de saúde, neste caso concreto o modelo de Nola Pender, através do qual foi orientada a intervenção.

Atendendo à complexidade dos problemas de saúde, como é o caso do consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens e todas as suas repercussões, torna-se fundamental o trabalho em parceria, mobilizando parceiros comunitários no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções, neste caso os professores diretores de turma. De realçar a visibilidade do trabalho de enfermagem no âmbito da Saúde Pública e Saúde Escolar, assim como a sensibilização dos professores da escola para o problema dos consumos em geral e especificamente os consumos de álcool, com a noção de que é possível intervir, trabalhando em parceria com as entidades de saúde da comunidade. De referir ainda a utilização de critérios para definir quais as principais prioridades em saúde, integrando na

tomada de decisão sobre as necessidades em saúde de uma comunidade, as orientações definidas no Plano Nacional de Saúde. Deste modo, a intervenção ao incidir na prevenção do consumo de álcool na adolescência, integra a orientação do PNRCAD (2013-2020), de acordo com a Estratégia Global e da União Europeia que promovem uma série de medidas de comprovada eficácia para reduzir os padrões de consumo nocivo de álcool pelos jovens menores e suas consequências. É imprescindível a mobilização de recursos que promovam o desenvolvimento saudável dos jovens, o que corrobora a pertinência da presente intervenção. Integra também as orientações do PNRPLA (2010-2012) na redução da procura, através de atividades de informação (difusão de conhecimento) e educação (formação de atitudes, comportamentos e responsabilidade).

Foram elaborados objetivos mensuráveis que permitiram avaliar a intervenção e estratégias exequíveis, coerentes e articuladas, que corresponderam aos objetivos definidos, tendo em conta os recursos disponíveis e as orientações estratégicas das políticas de saúde. De referir a mobilização e integração de conhecimentos da área da comunicação e educação nos processos de capacitação: utilização de métodos e técnicas pedagógicas nas sessões de EpS. Destaca-se a utilização de abordagens ativas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde, como a Educação por Pares, considerada pela comunidade científica como uma estratégia eficaz na promoção e educação para a saúde, nomeadamente em programas de educação de uso ou abuso de substâncias psicoativas (Brito, 2009). Permite o desenvolvimento e multiplicação da informação, potenciando a promoção da saúde individual e coletiva. Em programas de prevenção numa comunidade, não deve ser esquecido que a participação da população, e a sua implicação na elaboração e execução dos programas, constituem uma garantia de sucesso nos resultados (PNRPLA, 2010-2012).

A não avaliação da efetiva adoção de comportamentos saudáveis foi condicionada pela duração do estágio, visto não ser significativo intervir na mudança de comportamentos a curto-prazo, como ressalvado nos pressupostos do próprio modelo. Esta avaliação será realizada na primeira semana de junho, dado que a intervenção tem carácter de continuidade; foi iniciada no 7º ano e vai acompanhar os alunos até ao 9º ano. Este acompanhamento vai ser realizado

voluntariamente pela mestrandia, em colaboração com a USPAS, na estratégia de intervenção comunitária “Embaixadores da Saúde”.

De acordo com o PNRCAD (2013-2020) e PNSE (2015) é fundamental priorizar intervenções com caráter de continuidade, pedagogicamente adequadas ao nível de ensino e baseadas na evidência científica. A prevenção do consumo de álcool está integrada no currículo do ensino básico e secundário e, para além da identificação dos riscos, é crucial debater as suas causas e consequências.

Uma vez que se tratou de um estudo exploratório, os resultados obtidos poderão servir de base a estudos mais aprofundados nesta área. Seria interessante a realização de um estudo posterior com a finalidade de perceber quais as razões que levam estes jovens a sentirem-se sós e a iniciar e manter o consumo de álcool, e se existe relação de causalidade entre o facto de se sentirem sós e consumirem bebidas alcoólicas, aspeto limitado neste estudo.

Por fim, é de realçar a satisfação em realizar este trabalho, não só pelas competências adquiridas ao longo do curso e do estágio, mas também pela oportunidade de trabalhar um tema ao qual não somos indiferentes, cuja abordagem tem vindo a evoluir, sendo hoje vista com outros “olhos”.

“As referências ao álcool evoluíram de pré-julgamentos e estereótipos negativos, estímulo à repreensão e desvalorização do alcoólico para discurso voltado para as políticas públicas de tratamento do dependente de álcool e um olhar ao alcoolismo enquanto problema de saúde pública e doença incapacitante, cujo manejo deve ser isento de julgamentos morais, com realização de estratégias de prevenção e redução de danos”, Oliveira e Luches (2010, pág. 632).

Referências Bibliográficas

- Aday L.A. (1993) *At Risk in America: The Health and Health Care Needs of Vulnerable Populations in the United States*. San Francisco: Jossey-Bass
- Agrupamento de Escolas de Santo António (2016). Acedido em 20.07.2016. Disponível em:
<http://www2.escolasdestantonio.edu.pt/agrupamento/caracterizacao/>
- Albertani, H., M., B. (2013). O Professor e a Prevenção do Uso da droga – em busca de caminhos. In: R., H., Mendonça. *Salto para o Futuro – Prevenção ao Uso de drogas: A Escola na Rede de Cuidados*. Boletim 23. Brasil. Acedido a 29.08.2016. Disponível em:
http://abramd.org/wp-content/uploads/2014/05/2013_SALTO_PARA_O_FUTURO_Prevencao_ao_uso_de_Drogas.pdf
- Anderson M, Woodward L, Armstrong M. (2004). Self-harm in young people: a perspective for mental health nursing care. *Int Nurs Rev*. 51 (4). 222-228.
- Aragão, J. (2011). Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista Práxis*. (nº 6), 59-62
- Bandura, A. (2008). A teoria social cognitiva. In: A. Bandura; R. Azzi & S. Polydoro. *Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos* (p. 15-114). São Paulo: Artmed.
- Balsa, C., Vital, C., Pascueiro, L. (2011). O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal. Prevalências e Padrões de Consumo, 2001-2007. Lisboa: IDT.
- Barros, M., Santos, A., C., B. (2010). Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. *Revista Espaço Acadêmico*. 112. Setembro 2010. Acedido a 19.01.2017. Disponível em:
<https://pt.scribd.com/doc/47355540/Albert-Bandura-Teoria-Social-Cognitiva-Autoeficacia>
- Barroso, T., Mendes, A., Barbosa, A (2009). Análise do fenómeno do consumo de álcool em adolescentes: estudo realizado com adolescentes do 3º ciclo de escolas públicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 17 (3). Universidade de São Paulo.
- Benner, P. (1984). From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Addison-Wesley, Menlo Park, CA.
- Benner, P. (2001). De iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora
- Brêtas, J., R., S. (2010). Vulnerabilidade e Adolescência. *Rev. Soc. Bras. Enferm . Ped*. 10, (2), 89-96.
- Carvalho, G., S. (2003). Literacia para a saúde: um contributo para a redução das desigualdades em saúde. In Leandro, M. et al. (org.). *Saúde. As teias da discriminação social*. Braga: Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho.
- Carvalho, A., S., Carvalho, G., S. (2006). Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação. Loures: Lusociência, 2006.

- Correia, J., Santos, A., J., Freitas, M., Ribeiro, O., Rubin, K. (2014). As relações entre pares de adolescentes socialmente retraídos. *Análise Psicológica*, 4 (XXXII), 467-479. DOI: 10.14417/ap.870
- Brito, I. (2009). Promoção da saúde nos jovens utilizando a educação pelos pares – Intervenção com estudantes de enfermagem e jovens enfermeiros. *Enfermagem e o cidadão, Jornal da secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*. (19), 6-9.
- Carrascal, G., C., Castillo, C., V. (2009). Soledade en la adolescencia: análisis del concepto, *Aquichán*. 9 (3). Bogotá.
- Decreto-Lei n.º 50/2013 de 16 de abril. Estabelece o regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público. Diário da República I Série, Nº 74 (16.44.2013) 203-206.
- Despacho nº 25995/2005 de 16 de dezembro. Aprovação do modelo de educação para a promoção da saúde nas escolas. Diário da República II Série, Nº 240 (16.12.2005) 17515-17516.
- Despacho nº 9871/2010 de 1 de junho de 2010. Alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria até aos 17 anos e 364 dias. Diário da República II Série, Nº112 (11. 06.2010) 32123.
- DGS (2003). Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida. DGS.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. (2ª ed.). New York: Norton.
- Feijão, F., Lavado, E. & Calado, V. (2012). *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas ECATD/ESPAD Portugal /2011*.
- Fonseca, L., E. (2000). Promoção da Saúde: carta de ottawa, declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde.
- Fortin, M., F. (1999). O Processo de Investigação. Lisboa: Lusociência.
- Freire, P. (2000). *Educação como prática da Liberdade*. (24ª ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra
- Imperatori, E., Giraldes, M., R. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Junta de Freguesia de Santo António da Charneca (2011). Acedido a 20.07.2016. Disponível em: http://jf-stoantcharneca.pt/O_Patrimonio2.html
- Lessick M., Woodring B., Naber S. & Halstead L. (1992). Vulnerability: a conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing References* 6 (3), 1–14.
- Madelin, R. (2008). Alcohol and Health: the EU Strategy: *European Alcohol an Health Forum*. Brussels: EU.
- Mello, F., M., Guimarães, R., C. (2015). Métodos Estatísticos para o Ensino e Investigação nas Ciências da Saúde. Lisboa: Edições sílabo, LDA.
- Mello, M., L., Barrias, J., C., Bretas, J., J. (2001). Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal. Lisboa: DGS
- Mondragon D. (1993) No more 'Let them eat admonitions': the Clinton administration's emerging approach to minority health. *Journal of Health Care for the Poor and Undeserved*. 4 (2), 77–82

- Morais, IM (2010). Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* Recife. 10 (2). S331-S336
- Morrison, M.(1997). Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Madrid.
- Oliveira, G., F., Luches, L., B. (2010). O discurso sobre o álcool na Revista Brasileira de Enfermagem: 1932-2007. *Rev. Latino-Am.Enfermagem.* 18 (spec.), 623-632.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: OE.
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas, a atendermos nos trabalhos de investigação*. Setúbal: ESS / IPS
- Pacheco, S., Cunha, S. (2006). - Educação para a saúde nos cuidados de saúde primários: o papel do enfermeiro. *Nursing.* 16, (211), 19-22.
- Papalia, D., E., Olds, S. W., Feldman, R., D. (2006). Desenvolvimento Cognitivo. In: *Desenvolvimento Humano*. (8ª ed). Editora: ARTMED.
- Pender, N.J., Murdaugh, C., & Parsons, M.A (2010). Health promotion in nursing practice (6ª ed). Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall, 2010.
- Pender, N., J. (2008), citado em UPOU NU207 Students, 2008). Acedido a 23.01.2017. Disponível em: <http://nolapender.weebly.com/>
- Piaget, J. (1969). *The theory of stages in cognitive development*. New York: McGraw-Hill.
- Pineault, R., Daveluy, C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estratégias. Barcelona: Masson; 1987.
- Pinto, A., M., Romão, A., C., c., Santos, A., P., P., Sousa, J., E., X., F. (2016). UMA REALIDADE (DES)CONHECIDA: PERSPETIVA DE ENFERMAGEM SOBRE VULNERABILIDADE ACRESCIDA NO IDOSO SEM-ABRIGO. *NURSING*. Edição Portuguesa. Acedido a 23.01.2017. Disponível em: <http://www.nursing.pt/uma-realidade-desconhecida-perspetiva-de-enfermagem-sobre-vulnerabilidade-acrescida-no-idoso-sem-abrigo/>
- Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho – PLSAR (2015). Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio. ACES Arco Ribeirinho
Acedido em 27.12.2016. Disponível em: <http://www.plsar.pt/>
- Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências (PNRCAD, 2013-2020). Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (PNRPLA, 2010-2012). Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Plano Nacional de Saúde (PNS, 2015 - revisão e extensão a 2020).
- Poirier (2011). In: *O Direito de Ser Adolescente. Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Situação da Adolescência*

- Brasileira*. Brasília: UNICEF
- Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE, 2015). DGS.
- Ramsey, D. (2009). *Estatística para Leigos*. Lisboa: ALTA BOOKS
- Rogers, A., C. (1997). Vulnerability, health and healthcare. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 65–72. New Brunswick, Canada
- Sampaio, D. (2006). *Lavar o Mar. Um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*. Lisboa: Caminho.
- Sanchez Martinez, F., I., Abellán-Perpiñán, J., M., Martinez Perez, J., E. (2008). Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*. 22 (1), 126-136. Acedido a 13.02.2017. Disponível em: <http://www.gacetasanitaria.org/es/content/articulo/S0213911108760849/>
- Santos, A., R., J. (2009). *Currículo, Conhecimento e Cultura*. São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Silva, A., C., Santos, I. (2010). Promoção do Autocuidado de Idosos para o Envelhecer Saudável: aplicação da teoria de Nola Pender. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis. 19 (4), 745-753.
- Sousa, D., A., Santos, E., C. (2012). Relacionamentos de Amizade Íntima entre Jovens Adultos. *Paidéia*, 22 (53). 325-333.
- Stanope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade centrados na população* (7ª ed.). Loures: Lusociência
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Centro de formação e aperfeiçoamento profissional. Ministério da Saúde
- Thompson, I., E., Melia, K., M., Boyd, K., M. (2004). *Ética em Enfermagem*. (4ª ed.). Loures: Lusociência
- Turner, G., Sheperd, J. (1999). Method in search of a theory: peer education and health education. *Health Education Research*. 14 (2). 235-247.
- União Europeia, (2014). Consumo Excessivo de Álcool. Acedido a 02.07.2016. Disponível em: http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/hp-infosheets/alcohol_informationsheet_pt.pdf
- UNICEF (1989). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Acedido a 24.01.2017. Disponível em: https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- UNICEF, BOMPAR e VIRAÇÃO (2012). *De Jovem para Jovem. Educação por pares*. Brasil. Acedido a 15.07.2016. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_educacao_pares_vira.pdf
- Victor, J., F., Lopes., M., V., Ximenes, L., B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm*. 18(3), 235-240.
- Whaley & Wong (1997). *Enfermagem Pediátrica. Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Anexos

Anexo I

Questionário de Conhecimentos Acerca do Álcool (QCAA)

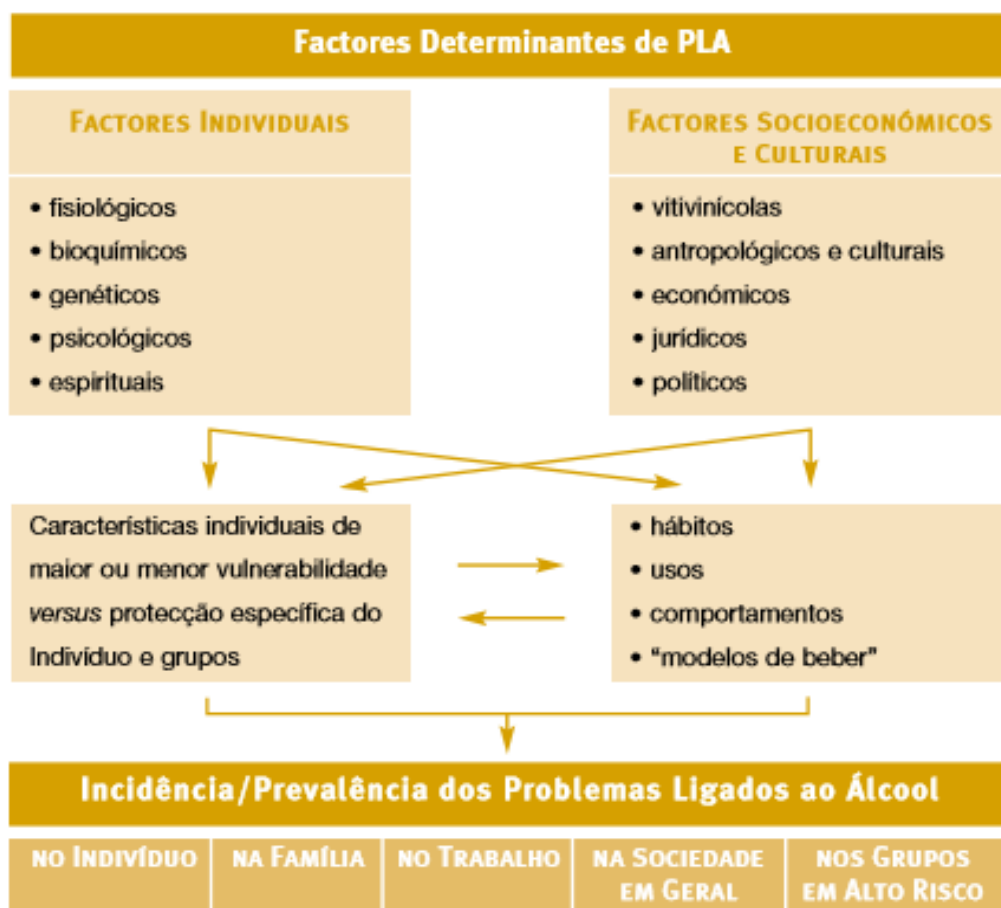
A tua colaboração é voluntária e anónima (não escrevas o teu nome em nenhuma folha). As respostas serão tratadas de uma forma anónima e confidencial. Este questionário serve para podermos ajudar-te a melhorar os conhecimentos acerca do álcool e por isso queríamos saber o que já sabes sobre esta problemática.

Por favor lê as frases que se seguem, assinalando com uma cruz (X) no VERDADEIRO “V” se considerares que a frase é verdadeira ou colocando uma cruz (X) no FALSO “F” se considerares que a frase é falsa. **Obrigada pela tua participação!**

		V	F
1	O álcool das bebidas alcoólicas é "álcool etílico" como o álcool que usamos para desinfetar a pele e que se vende nas farmácias.		
2	O consumo de álcool pode causar dependência.		
3	O teor alcoólico de uma bebida é a quantidade de álcool que a bebida tem.		
4	O consumo de álcool só é prejudicial se as pessoas beberem todos os dias.		
5	Nem todas as bebidas alcoólicas contêm álcool.		
6	O álcool faz com que as pessoas fiquem com mais força para trabalhar.		
7	Beber com moderação, significa um adulto saudável beber um ou dois copos de bebidas sem ser bebidas destiladas, repartidas pelas principais refeições.		
8	As pessoas que bebem muito durante toda a vida acabam por ficar doentes.		
9	As bebidas alcoólicas quando bebidas às refeições não fazem mal porque o álcool ajuda a fazer a digestão.		
10	O consumo de álcool nas crianças e nos jovens provoca problemas de aprendizagem e de memória.		
11	O álcool das bebidas alcoólicas é digerido no estômago junto com os alimentos.		
12	O álcool quando passa para o sangue tem preferência pelas partes do nosso organismo que têm mais água.		
13	Beber grandes quantidades de álcool pode ser mortal.		
14	Duas pessoas com o mesmo peso e a mesma altura reagem da mesma maneira à mesma quantidade de álcool.		
15	Quando se mistura água ou refrigerantes com bebidas alcoólicas diminui-se a quantidade de álcool.		
16	O efeito que o álcool provoca na pessoa depende apenas da quantidade de álcool que é ingerido.		

17	O alcoolismo provoca muitos problemas à pessoa e à sua família.		
18	A idade não tem influência na capacidade do fígado "queimar" o álcool.		
19	É perigoso conduzir depois de beber bebidas alcoólicas em grandes quantidades.		
20	Dois ou três copos, de uma bebida alcoólica qualquer, não provocam alterações.		
21	As mulheres grávidas não podem beber bebidas alcoólicas porque o álcool faz mal ao bebê.		
22	O álcool não é uma substância que cause dependência como as drogas.		
23	Beber com moderação, significa um adulto saudável beber de maneira a não se sentir tonto ou maldisposto.		
24	A cerveja é boa para "matar" a sede.		
25	O álcool das bebidas alcoólicas é "queimado" no fígado.		
26	Os efeitos que o álcool provoca dependem da idade da pessoa.		
27	O álcool quando passa para o sangue vai rapidamente para o nosso cérebro.		
28	O álcool estimula as pessoas e faz com que estas se sintam sempre bem-dispostas.		
29	Qualquer criança ou jovem pode comprar e beber bebidas alcoólicas.		
30	O alcoolismo é uma doença porque as pessoas estão dependentes do álcool		
31	As mulheres que estão a amamentar podem beber álcool desde que bebam com moderação.		
32	No nosso país há poucas pessoas que bebam muito.		
33	Quanto mais cedo se começa a beber, maior é a probabilidade de se vir a ter problemas relacionados com o álcool ao longo da vida.		
34	As pessoas quando bebem álcool ficam mais quentes porque o álcool aquece.		
35	O álcool mesmo em pequenas quantidades pode provocar alterações nos reflexos.		
36	O fígado está preparado para "queimar" qualquer quantidade de álcool.		
37	Os efeitos do álcool variam consoante se é do sexo masculino ou feminino.		
38	O álcool das bebidas alcoólicas depois de ingerido passa rapidamente do estômago para o sangue.		
39	Pode-se beber a mesma quantidade de álcool bebendo bebidas alcoólicas diferentes.		
40	O álcool é a causa de 4 em cada 10 mortes de acidentes de viação, afogamentos, queimaduras, quedas e outros acidentes.		

Anexo II



Fonte: Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal (esquema de Cartwright e Shaw, adaptado por Mello, Barria e Breda, 2001).

Anexo III

Fatores condicionantes para o risco ou proteção ao uso e/ou abuso de álcool e outras drogas

Fatores Individuais	
Fatores de Risco	Fatores de Proteção
Baixa autoestima	Presença de habilidades sociais
Falta de autocontrole	Flexibilidade
Pouca assertividade	Habilidades para resolução de problemas
Comportamento anti-social precoce	Facilidade de cooperação
Co-morbidades (Ex: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade)	Autonomia
Vulnerabilidade social	Responsabilidade
	Comunicabilidade
	Vinculação familiar-afetiva
	Vinculação institucional
Fatores Familiares	
Fatores de Risco	Fatores de Proteção
Uso de álcool e outras drogas pelos pais	Vinculação Familiar
Isolamento social entre os membros da família	Valores Familiares
Padrão familiar disfuncional	Compartilhamento de tarefas no lar
Falta do elemento paterno	Diálogo e contato entre os membros da família
	Regras e Rotinas domésticas
Relações Interpessoais	
Fatores de Risco	Fatores de Proteção
Pares que usam drogas ou aprovam e valorizam o uso	Pares que não usam álcool/drogas ou não aprovam e valorizam o uso
Rejeição sistemática de regras práticas ou atividades organizadas de qualquer ordem (familiar, escolar, religiosa ou profissional)	Envolvimento em atividades organizadas de qualquer ordem (familiar, escolar, religiosa ou profissional)

Fonte: BRASIL, 2003a.

Fonte: Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2003^a)

Anexo IV

Carta Europeia sobre o Álcool - OMS, Paris 1995



PRINCÍPIOS ÉTICOS

1. Todas as pessoas têm direito a uma família, uma comunidade e uma profissão protegida de acidentes, de violência e outras consequências negativas devidas ao consumo de álcool.
2. Todas as pessoas têm direito a uma informação e educação imparciais, iniciadas tão cedo quanto possível, sobre as consequências do consumo do álcool na saúde, na família e na sociedade.
3. Todas as crianças e adolescentes têm direito a crescer num ambiente defendido das consequências negativas do álcool e, o mais possível, da publicidade de tais bebidas.
4. Todas as pessoas com os referidos problemas do consumo do álcool, e os membros das suas famílias, têm o direito a tratamentos e cuidados acessíveis.
5. Todas as pessoas que não desejem consumir bebidas alcoólicas ou que não o possam fazer por questões de saúde têm o direito a serem protegidas de pressões sociais e apoiadas no seu comportamento de não consumidores.

ESTRATÉGIAS DE ACÇÃO

1. Informar as pessoas acerca das consequências do consumo de álcool, na saúde, família e sociedade, e das medidas que podem ser tomadas para a prevenção ou minimização do perigo, logo através de programas educacionais infantis.
2. Promover ambientes privados e profissionais protegidos dos acidentes, da violência e outras consequências nefastas do consumo do álcool.
3. Estabelecer e fazer cumprir leis que desencorajem, com eficácia a condução e o consumo simultâneo de álcool.
4. Promover a saúde através do controlo de bebidas alcoólicas, por exemplo para jovens, e influenciar os preços, por exemplo, com impostos.
5. Implementar regulamentações rigorosas, tendo em conta as que existem em alguns países, sobre publicidade direta e indireta, direccionada a jovens, nomeadamente anúncios que relacionam os desportos e o álcool.
6. Assegurar o acesso aos serviços de tratamento e reabilitação, prestados por pessoal qualificado, a todas as pessoas e familiares com problemas relacionados com o álcool.
7. Elevar o nível de consciência ética e legal de todos os que estão envolvidos no comércio e distribuição de bebidas alcoólicas no sentido de assegurar um controlo mais cerrado contra a produção e venda ilícitas.
8. Capacitar a sociedade para lidar com o alcoolismo através do treino de profissionais em sectores como o da saúde e segurança social, a educação e os tribunais, e para reforçar as ações das comunidades.
9. Apoiar as organizações não governamentais e movimentos de solidariedade social a promover modelos de vida saudáveis, sobretudo os modelos que previnam ou reduzam os efeitos nocivos do consumo do álcool.
10. Elaborar amplos programas-tipo nos Estados Membros, tendo em conta o presente Documento Europeu sobre o consumo do Álcool; definir alvos precisos e indicadores de resultados; seguir os progressos conseguidos, e atualizar regularmente os programas após avaliação.

Anexo V

Diagrama do MPS de Nola Pender, adaptado a uma situação de Intervenção Comunitária a adolescentes do 8º ano, na prevenção do consumo de álcool, através da Educação por Pares

Figura 1- Adaptado do Modelo de Nola Pender et al. (2002). Health Promotion in Nursing Practice. 4th ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

1- Características

2- Comportamento Específico

3- Resultado do Comportamento



Apêndices

Apêndice I

Questionário

A tua colaboração é voluntária e anónima (não escrevas o teu nome em nenhuma folha). As respostas serão tratadas de uma forma anónima e confidencial.

Preenche todos os itens do questionário, assinalando com uma cruz (X) a opção que melhor se adequa a ti.

Obrigada pela tua participação!

Dados sociodemográficos

1- Qual a tua idade? _____ anos.

2- És do sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

3- Que ano escolar frequentas? _____ ano.

4- Vives com quem?

4.1- Pai e Mãe..... ☐

4.2- Pai..... ☐

4.3- Mãe..... ☐

4.4- Outros..... ☐ Quem? _____

5- Tens irmãos? Sim ☐ Não ☐

5.1- Se sim, quantos? _____

5.2- Vivem contigo? Sim ☐ Não ☐

6- Os teus pais trabalham?

6.1- Só o pai..... ☐

6.2- Só a mãe..... ☐

6.3- Ambos..... ☐

6.4- Nenhum..... ☐

7- A tua casa é:

7.1- Um apartamento... ☐

7.2- Uma moradia..... ☐

7.3- Outro ☐ Qual? _____

7.4- Tens um quarto só para ti? Sim ☐ Não ☐

7.5- Se não, partilhas o teu quarto com quem? _____

8- Beneficias de algum subsidio escolar (SASE / outro)?

Sim..... ☐

Não..... ☐

9- Quando tens problemas com quem partilhas?

9.1- Pais..... ☐

9.2- Familiares.... ☐

9.3- Amigos..... ☐

9.4- Outros..... ☐ Quem? _____

10- Sentes-te só?

10.1- Sempre..... ☐

10.2- Muitas vezes.... ☐

10.3- Poucas vezes.... ☐

10.4- Nunca..... ☐

11- Já alguma vez bebeste uma bebida alcoólica (cerveja, vinho, licores, shots, whisky, champanhe)?

Sim..... ☐

Não..... ☐ (se não, podes avançar para o ponto 16)

11.1- Se sim, que idade tinhas quando bebeste pela primeira vez? _____ anos.

11.2- Com quem estavas?

Amigos ☐ familiares ☐ sozinho ☐

12- Já bebeste alguma bebida alcoólica na escola?

Sim..... ☐

Não..... ☐

12.1- Se sim, com quem estavas?

Com amigos / colegas..... ☐

Sozinho..... ☐

13- Com que frequência bebes bebidas alcoólicas?

13.1- Todos os dias..... ☐

13.2- Aos fins de semana..... ☐

13.3- De vez em quando..... ☐

14- Quando bebes bebidas alcoólicas, quantos copos de bebida bebes na mesma ocasião?

14.1- Um..... ☐

14.2- Dois..... ☐

14.3- Três..... ☐

14.4- Quatro..... ☐

14.5- Cinco ou mais..... ☐

15- Já alguma vez ficaste embriagado?

Sim..... ☐

Não..... ☐

16- Já tiveste alguma formação/aula na escola sobre malefícios do álcool?

Sim..... ☐

Não..... ☐

Apêndice II

Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Género	n	%
Feminino	43	55,10%
Masculino	35	44,90%
Total	78	100,00%
Idade	n	%
12 anos	40	51,30%
13 anos	30	38,50%
14 anos	7	9,00%
15 anos	1	1,20%
Total	78	100,00%
Média	12,6	
Mediana	12	
Moda	12	
Desvio Padrão	0,709	

Tabela 1- Caracterização da amostra de acordo com o sexo e a idade.

Irmãos	n	%
Tem irmãos	64	82,10%
Não tem irmãos	14	17,90%
Total	78	100,00%
	n	%
Vivem juntos	46	71,80%
Vivem separados	32	28,20%
Total	78	100,00%

Tabela 3- Caracterização de acordo com a existência de irmãos e coabitação com os mesmos.

Subsídio Escolar	n	%
Sim	31	39,70%
Não	47	60,30%
Total	78	100,00%

Tabela 5- Caracterização de acordo atribuição de subsídio escolar.

Familiar com quem coabita	n	%
Pai e mãe	46	59,00%
Pai	1	1,30%
Mãe	26	33,30%
Familiares	4	5,10%
Instituição	1	1,30%
Total	78	100,00%

Tabela 2- Caracterização da amostra de acordo com o familiar com o qual coabita.

Situação Laboral	n	%
Só pai trabalha	13	16,70%
Só mãe trabalha	11	14,10%
Ambos trabalham	48	61,50%
Nenhum trabalha	6	7,70%
Total	78	100,00%

Tabela 4- Caracterização de acordo com situação laboral dos pais.

Formação	n	%
Sim	51	65,40%
Não	27	34,60%
Total	78	100,00%

Tabela 6- Caracterização de acordo com formação acerca do álcool

Consumo de Álcool		
	n	%
Sim	21	26,90%
Não	57	73,10%
Total	78	100,00%
Idade 1º consumo		
	n	%
1 - 3 Anos	1	4,80%
4 - 6 Anos	1	4,80%
7 - 9 Anos	2	9,50%
10 - 12 anos	15	71,40%
13 - 15 Anos	2	9,50%
Total	21	100,00%
Média	10,38	
Mediana	11	
Moda	12	
Desvio Padrão	2,674	
Companhia		
	n	%
Amigos	5	23,90%
Familiares	15	71,40%
Sózinho	1	4,70%
Total	21	100,00%

Tabela 7- Caracterização da amostra de acordo com o nº de consumidores, idade e companhia no primeiro consumo.

Frequência dos consumos		
	n	%
Todos os dias	1	4,80%
Fins de semana	1	4,80%
De vez em quando	19	90,40%
Total	21	100,00%
Nº de bebidas		
	n	%
Uma	18	85,60%
Duas	1	4,80%
Quatro	1	4,80%
Cinco ou mais	1	4,80%
Total	21	100,00%
Embriaguez		
	n	%
Sim	4	19,10%
Não	17	80,90%
Total	21	100,00%

Tabela 8- Caracterização da amostra de acordo com a frequência dos consumos, nº de bebidas ingeridas na mesma ocasião e embriaguez

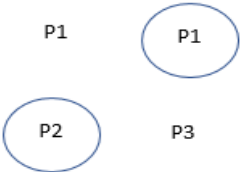
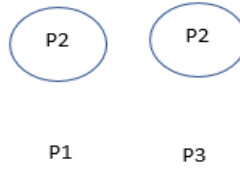

Partilhar Problemas		
	n	%
Consumidores		
Pais	6	28,60%
Familiares	5	23,80%
Amigos	9	42,80%
todos os anteriores	1	4,80%
Total	21	100,00%
Não consumidores		
Pais	29	50,90%
Familiares	18	31,60%
Amigos	7	12,30%
Todos os anteriores	2	3,50%
Cadela	1	1,70%
Total	57	100,00%

Tabela 9- Caracterização dos consumidores e não consumidores, de acordo com a partilha de problemas.

Sentir-se Só		
	n	%
Consumidores		
Sempre	0	0%
Muitas vezes	6	28,60%
Poucas vezes	8	38,10%
Nunca	7	33,30%
Total	21	100,00%
Não Consumidores		
Sempre	1	1,80%
Muitas vezes	5	8,80%
Poucas vezes	21	36,80%
Nunca	30	52,60%
Total	57	100,00%

Tabela 10- Caracterização dos consumidores e não consumidores com o sentir-se só.

Apêndice III

Problemas	Comparação por Pares	Valor Final (através do nº de vezes que o problema foi escolhido)
P1- Déficit de conhecimentos acerca do álcool, relacionados com ideias errôneas ligadas a mitos e/ou falsos conceitos.		P1= 1
P2- Déficit de conhecimentos acerca do álcool, relacionados com os efeitos farmacológicos, ação e consequências no organismo.		P2= 2
P3- Risco de abuso de álcool, relacionado com sentimento de solidão.		P3= 0









Quadro 1- Comparação por Pares- Exemplo para três problemas: para cada par considerado é escolhido o que se encontra inscrito num círculo. Neste caso o problema prioritário é o P2 (adaptado de Tavares, 1990).

Apêndice IV

Inter-relação objetivo / atividade		
Objetivo Geral	Objetivos Operacionais	Atividades
<p>Promover comportamentos saudáveis que conduzam à prevenção do consumo de álcool na adolescência, através da educação por pares, nos alunos do 8ºano da Escola de Santo António, de outubro de 2016 a fevereiro de 2017.</p>	<p>1- Promover a educação por pares, obtendo em cada turma do 8º ano, pelo menos um embaixador da saúde;</p>	<p>Reunião com enº USPAS, UCC-Saúde Escolar, docente PES e diretores de turma. Reunião com embaixadores. Atividade 1 e 2</p>
	<p>2- Contribuir para a capacitação dos alunos / desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e psicomotoras, com participação de 50% dos alunos no trabalho de grupo e participação e satisfação nas sessões de EpS de 80%;</p>	<p>Sessões de EpS e Aula Aberta Atividade 3, 4 e 5</p>
	<p>3- Promover o relacionamento / sentimento de pertença entre os alunos e entre estes e a comunidade educativa, com participação de pelo menos 50% dos alunos e professores do 8º e 7º ano, representantes do conselho diretivo, USPAS, UCC-SE, associação de pais e familiares, na aula aberta;</p>	<p>Aula Aberta Atividade 5</p>
	<p>4- Aumentar os conhecimentos acerca do álcool, reduzindo a percentagem de respostas erradas do QCAA: nos itens 1, 16, 23, 34 e 39 inferior a 30% e nos itens 4, 7, 11, 15, 18, 20, 25, 26, 37 e 38, inferior a 40%.</p>	<p>Sessões de EpS e Aula Aberta Atividade 3, 4 e 5</p>

Apêndice V

Cronograma de atividades da intervenção comunitária

Atividades	Out. 2016	Nov. 2016	Dez. 2016	Jan. 2017	Fev. 2017	Junho 2017
1- Colaboração com a USPAS, UCC-SE, docente PES e DT, na seleção dos embaixadores da Saúde;						
2- Reunião para formalizar a parceria com os embaixadores (1 por turma);						
3- Sessão de EpS dirigida aos embaixadores (2 por turma);						
4- Sessão de EpS a realizar pelos embaixadores, dirigida aos seus pares (1 por turma);						
5- “Aula Aberta” dirigida a toda a comunidade educativa;						
6- Avaliação da Intervenção;						
7- Reaplicação de questionário para avaliação de alteração de comportamentos.						
Estágio com Relatório						

Apêndice VI

Planeamento da Intervenção Comunitária

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivo	Avaliação
1- Colaboração na seleção dos embaixadores da Saúde.	Enf ^{da} USPAS, UCC-Saúde Escolar, docente PES e diretores de turma.	Out. 2016	Escola, Sala reuniões e biblioteca	A definir pela USPAS	- Obter, pelo menos um embaixador, por turma, no 8º ano (8º A, 8ºB, 8ºC e 8ºD).	- Nº de embaixadores, por turma.
2- Reunião para formalizar a parceria com os embaixadores da saúde (1 reunião por turma, cerca de 60 minutos).	Enf ^a mestrande e embaixadores.	Out. 2016	Escola, sala de reuniões e biblioteca	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do projeto “Vulnerabilidade e Adolescência – Intervenção de enfermagem na Prevenção do Consumo de Alcool” e atividades a desenvolver; - Clarificação do conceito “educação por pares” e função do embaixador da saúde; - Breve abordagem da problemática do consumo do álcool na adolescência, promovendo a partilha de ideias e interação entre os embaixadores; - Perceção dos saberes que dominam ou não, assim como as expectativas e motivação, face à temática; - Troca de contactos entre os participantes (tlm, mail...). 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a adesão dos embaixadores ao projeto; - Sensibilizar para a problemática do álcool nos adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Compromisso de adesão à intervenção comunitária.

Planeamento da Intervenção Comunitária

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivo	Avaliação
3- Sessão de EpS dirigida aos embaixadores (1 sessão por turma, cerca de 60 minutos)	Enf ^{ra} mestranda.	Out. e nov. 2016	Escola, sala de reuniões	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição oral dos conteúdos, com apoio de PowerPoint: conceito de bebida alcoólica e tipo de bebidas alcoólicas; metabolismo do álcool no organismo; efeitos nocivos do consumo de álcool e crenças erróneas sobre os efeitos do álcool; - Vídeo sobre efeitos do consumo de álcool; - Educação por pares/planeamento da intervenção - Promoção da dinâmica de grupo através da discussão dos conteúdos apresentados e esclarecimento de dúvidas. - Entrega de capa para portefólio, a cada embaixador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Educar sobre consumo de álcool na adolescência; - Promover a educação por pares; - Contribuir para a capacitação / desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e psicomotoras que permitam escolhas informadas e seguras. 	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de participação na sessão (80%), através do nº de intervenções (perguntas, observações, comentários); - Taxa de satisfação dos embaixadores (80%) face aos conteúdos transmitidos, através da aplicação de questionário de avaliação da sessão educativa.

Planeamento da Intervenção Comunitária

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivo	Avaliação
4- Sessão de EpS realizada pelos embaixadores, dirigida aos seus pares (1 sessão por turma, cerca de 60 minutos)	Embaixadores, com supervisão da enfª mestranda.	Nov. 2016	Escola, Sala de aula	<p>- Exposição oral dos conteúdos, com apoio de PowerPoint sobre: conceito de bebida alcoólica e tipo de bebidas alcoólicas; metabolismo do álcool no organismo; efeitos nocivos do consumo de álcool e crenças erróneas sobre os efeitos do álcool;</p> <p>- Promoção da dinâmica de grupo através da discussão dos conteúdos apresentados e esclarecimento de dúvidas</p> <p>- Negociar com os pares a elaboração, em grupo, de cartaz alusivo ao tema para exposição na escola, na “aula aberta”.</p>	<p>- Aumentar os conhecimentos acerca do álcool;</p> <p>- Promover a educação por pares;</p> <p>- Contribuir para a capacitação / desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e psicomotoras nos jovens, que permitam escolhas informadas e seguras;</p> <p>- Melhorar os relacionamentos afetivos.</p>	<p>- Taxa de participação na sessão (60%), através do nº de alunos presentes e nº de intervenções);</p> <p>- Taxa de satisfação dos participantes (80%) face aos conteúdos transmitidos, através da aplicação de questionário de avaliação da sessão;</p> <p>- Taxa de adesão ao trabalho de grupo (50%);</p> <p>- Reaplicação do QCAA, na sessão final: atividade 6 (respostas erradas nos itens 1, 16, 23, 34 e 39 inferior a 30% e nos restantes itens inferior a 40%).</p>

Planeamento da Intervenção Comunitária

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivo	Avaliação
5- “Aula Aberta” dirigida a toda a comunidade educativa (colegas, professores, encarregados de educação...) (1 sessão, cerca de 90 minutos)	Embaixadores, enfªs e restantes alunos do 8º ano	Dez. 2016	Escola, mini-ginásio	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos trabalhos realizados: cartaz alusivo ao tema; - Vídeo sobre efeitos do consumo de álcool; - Empossamento e entrega de diplomas de mérito aos embaixadores e aos diretores de turma; - Lanche – convívio 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a educação por pares; - Promover a vinculação familiar, escolar e social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de participação na sessão 50% (alunos e professores do 7º e 8º anos) e elementos do conselho diretivo, USPAS, UCC-SE, As. Pais, familiares; - Compromisso dos embaixadores.
6- Avaliação da Intervenção Comunitária (1 sessão por turma, cerca de 45 min.)	Mestranda, Embaixadores, restantes alunos	Jan. 2016	Escola, sala de aula	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão e consolidação das aprendizagens e competências adquiridas; - Perceção do grupo para a importância de prevenir o consumo de álcool. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a continuidade da intervenção comunitária; - Contribuir para a capacitação dos jovens no âmbito da prevenção do consumo de álcool. 	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de adesão à continuidade da educação por pares (70%); - Reaplicação do QCAA (respostas erradas nos itens 1, 16, 23, 34 e 39 inferior a 30% e nos restantes < 40%); - Reaplicação de questionário, no final do ano letivo (para comparação de comportamentos).

Apêndice VII

Sessão de EpS dirigida aos embaixadores de saúde

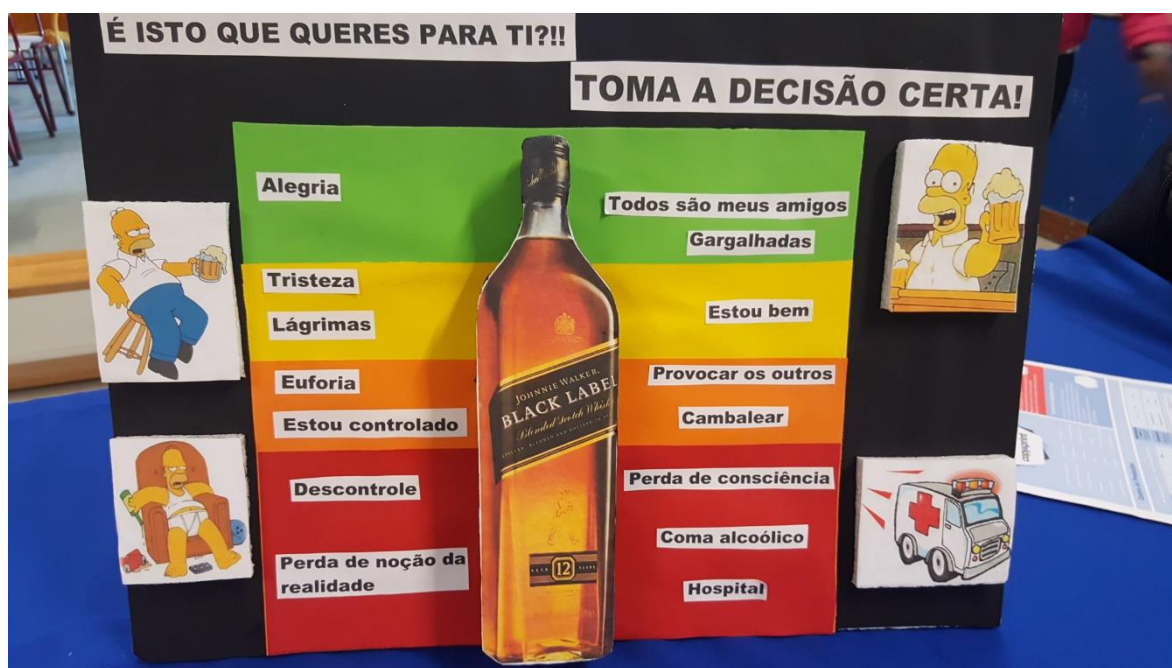
Etapas	Conteúdos	Domínios	Métodos	Técnicas	Recursos	Tempo
Introdução	Objetivos: - Educar sobre consumo de álcool na adolescência; - Contribuir para a capacitação / desenvolvimento de competências que permitam escolhas informadas e seguras; - Promover a educação por pares.	- Cognitivo - Psicomotor	- Expositivo - Ativo	- Expositiva: domínio da voz, gestos, gestão de tempo; - Brainstorming/chuva de ideias sobre: álcool na adolescência.		10 min.
Desenvolvimento	Exposição oral dos conteúdos: - Conceito de bebida alcoólica e tipo de bebidas alcoólicas; - Metabolismo do álcool no organismo; - Efeitos nocivos do consumo de álcool - Crenças erróneas sobre os efeitos do álcool; - Vídeo sobre efeitos do consumo de álcool; - Educação por pares /planeamento da intervenção; - Promoção da dinâmica de grupo através da discussão dos conteúdos apresentados e esclarecimento de dúvidas; - Entrega de capa para portefólio, a cada embaixador.	- Cognitivo - Afetivo - Psicomotor	- Expositivo - Interrogativo - Ativo	-Expositiva; - Formulação de perguntas cujas respostas sejam encontradas facilmente: fazer descobrir ao formando o que se pretende ensinar; - Dinâmica de grupo: promover espírito de equipa e desenvolvimento do sentido da responsabilidade, debate sobre os conteúdos abordados.	Humanos: Enfª mestrandas Embaixadores Materiais: Mesa Cadeiras Computador Projektor Papel Canetas Capas para portefólio com material didático: Carta Europeia sobre o Álcool, material informativo impresso	40 min.
Conclusão e Avaliação	- Resumo da sessão; - Esclarecimento de dúvidas; - Aplicação do questionário de avaliação da sessão educativa.	- Cognitivo - Afetivo	-Expositivo - Interrogativo	- Expositiva - Formulação de perguntas		10 min.

Apêndice VIII

Sessão de EpS realizada pelos embaixadores de saúde aos seus pares

Etapa	Conteúdos	Domínios	Métodos	Técnicas	Recursos	Tempo
Introdução	Objetivos: - Aumentar os conhecimentos acerca do álcool; - Promover a educação por pares; - Contribuir para a capacitação / desenvolvimento de competências nos jovens, que permitam escolhas informadas e seguras; - Melhorar os relacionamentos afetivos.	- Cognitivo	- Expositivo	- Expositiva		5 min.
Desenvolvimento	- Exposição oral dos conteúdos; - Conceito de bebida alcoólica e tipo de bebidas alcoólicas; metabolismo do álcool no organismo; efeitos nocivos do consumo de álcool e crenças errôneas sobre os efeitos do álcool; - Promoção da dinâmica de grupo através da discussão dos conteúdos apresentados e esclarecimento de dúvidas; - Negociar com os pares a elaboração de um trabalho de grupo para exposição na escola, na “aula aberta” (combinar a realização de cartaz ou outro trabalho que prefiram).	- Cognitivo - Afetivo - Psicomotor	- Expositivo - Interrogativo - Ativo	- Expositiva - Formulação de perguntas - Dinâmica de grupo: promover espírito de equipa e responsabilidade, organizar os grupos e o que cada um faz, planejar a elaboração de cartaz e iniciar esboço, programar uma aula para terminar	Humanos: Enfª mestrandas Embaixadores Alunos da turma Materiais: Mesa Cadeiras Computador Projektor Cartolinas Marcadores Imagens impressas alusivas ao tema Cola Esferovite	45 min.
Conclusão e Avaliação	- Resumo da sessão; - Esclarecimento de dúvidas; - Aplicação do questionário de avaliação da sessão educativa.	- Cognitivo - Afetivo	- Expositivo - Interrogativo	- Expositiva - Formulação de perguntas		10 min.

Apêndice IX




Apêndice X

Diploma de Mérito de Embaixador da Saúde


Certifica-se que: _____

*Desempenhou com mérito e louvor as funções atribuídas enquanto Embaixador da Saúde,
no ano letivo de 2016/2017.*



Agrupamento de Escolas de Santo António


ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa


ACES
arco ribeirinho
Departamento de Saúde e Formação e Promoção




USPAS
ICES Arco Ribeirinho

Diploma de Mérito de Embaixador da Saúde

Certifica-se que: _____

professor da Escola: _____

Acompanhou com mérito e louvor os Embaixadores da Saúde, no ano letivo 2016/2017.



Agrupamento de Escolas de Santo António


ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa


ACES
arco ribeirinho
Departamento de Saúde e Formação e Promoção


USPAS
ICES Arco Ribeirinho

Apêndice XI



Avaliação da Sessão Educativa

(educação por pares)





De modo a melhorar as futuras sessões educativas, agradecia que preenchesse este questionário. A tua colaboração é de extrema importância.

Este questionário é anónimo e a tua participação é voluntária.

Muito obrigada

Assinala com uma cruz (X) a resposta que corresponde à tua apreciação das seguintes afirmações:

Na sua avaliação utiliza a seguinte escala:

 Totalmente	 Maior Parte	 Em Parte	 Nada

A- Os assuntos abordados foram do meu interesse

B- Compreendi os assuntos abordados

C- Adquiri conhecimentos

D- Os conhecimentos adquiridos são importantes para decisões futuras

E- Considero a educação por pares importante para a prevenção do consumo de álcool nos adolescentes

F- Os meios audiovisuais utilizados foram adequados

Obrigada pela tua participação!



Avaliação da Sessão Educativa

(sessão aos embaixadores)

De modo a melhorar as futuras sessões educativas, agradecia que preenchesse este questionário. A tua colaboração é de extrema importância.

Este questionário é anónimo e a tua participação é voluntária.

Muito obrigada

Na sua avaliação utiliza a seguinte escala:

Assinala com uma cruz (X) a resposta que corresponde à tua apreciação das seguintes afirmações:

A- O formador transmitiu com clareza os assuntos abordados

B- O formador conseguiu criar um clima favorável à participação

C- Os assuntos abordados foram do meu interesse

D- Compreendi os assuntos abordados





E- Adquiri conhecimentos

F- Os conhecimentos adquiridos são importantes para decisões futuras


G- Considero a educação por pares importante para a prevenção do consumo de álcool nos adolescentes

H- Os meios audiovisuais utilizados foram adequados

Obrigada pela tua participação!

			
Totalmente	Maior Parte	Em Parte	Nada

Apêndice XII

 ACES Arco Ribeirinho	UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA ARNALDO SAMPAIO Sede: Rua D. José Cárcamo Lobo - Centro de Saúde do Lavradio 2835-372 LAVRADIO Telefone 212069810 Fax 212069819 Endereço Eletrónico - spublica@usflavradio.min-saude.pt NIF: 503148777
"Para começar um grande projeto é preciso valentia. Para terminar um grande projeto é preciso perseverança."	

Exmo . Sr. Encarregado de Educação

Assunto: Adesão ao Projeto de Embaixadores de Saúde.

Este projeto está inserido na equipa da Unidade Saude Pública Arnaldo Sampaio (USPAS), cujo tema é a vulnerabilidade acrescida nos adolescentes para o consumo do álcool e tabaco. Direcionado aos alunos do 7º ano desta Escola.

As enfermeiras da U.S.F de Santo António, Florbela de Jesus Salcedas Duarte e Izabel Pereira da Silveira Cardoso, que estão a frequentar o 7º Curso de Mestrado, área de especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontram-se a desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária, sob a orientação do Professor Edmundo Sousa e como orientador clínico Enfermeiro Paulo Silva.

A USPAS do ACES Arco Ribeirinho, vem por este meio solicitar a V.ª Ex.ª que se digne autorizar que o seu educando participe neste projeto, através da resposta a um questionário anónimo a realizar em sala de aula durante o mês de maio de 2016.

Caso não autorize a participação do seu educando, agradecia que solicitasse o documento de não autorização ao Diretor de Turma.

Grato pela colaboração.

Enfº Chefe Paulo Silva

Coordenador Saúde Escolar Concelho do Barreiro



UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA ARNALDO SAMPAIO

Sede: Rua D. José Cárcamo Lobo – Centro de Saúde do Lavradio

NIF: 503148776

2835-372 LAVRADIO

Telefone 212069810 Fax 212069819

Endereço Eletrónico – spublica@usflavradio.min-saude.pt

“Para começar um grande projeto é preciso valentia. Para terminar um grande projeto é preciso perseverança.”

Exma. Srª Diretora do Agrupamento
de Escolas de Santo António.
Exma. Srª Coordenadora do PES.

Assunto: Pedido de Adesão ao Projeto de Embaixadores de Saúde.

O projeto de Embaixadores de Saúde visa a promoção e capacitação o mais precoce possível das noções relativas à saúde na adolescência, como modo de incentivar e valorizar os fatores protetores neste grupo etário. Prevê-se dar início no corrente ano letivo de 2015-2016, só ao nível do diagnóstico nos alunos do 7º ano e nos próximos anos dar continuidade alargada aos anos 7º, 8º e 9º ano.

Este projeto está inserido na equipa da Unidade Saúde Pública Arnaldo Sampaio (USPAS), cujo tema é a vulnerabilidade acrescida nos adolescentes para o consumo do álcool.

Izabela Pereira da Silveira Cardoso, enfermeira a frequentar o 7º Curso de Mestrado, área de especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontra-se a desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária, sob a orientação do Professor Edmundo Sousa e como orientador clínico Enfermeiro Paulo Silva.

Solicita-se a V.ª Exª que se digne autorizar a aplicar o questionário só aos alunos do 7º Ano, neste ano letivo, bem como obter a adesão da Escola de Santo António para o ano de 2015-2016; 2016-2017 e 2017-2018.

Desde já agradeço a vossa atenção e disponibilidade para o assunto, aguardando resposta com a celeridade possível,

Com os melhores cumprimentos,

Izabela Cardoso

Pedido de autorização para utilizar questionário QCAA

Caixa de entrada x



IZABELA PEREIRA DA SILVEIRA CARDOSO <izabela.cardoso@campus.esel.pt>

03/05/16 ☆



para tbarroso, Jose, Paulo ▾

Boa noite, Professora Doutora Teresa Barroso

Eu, Izabela Pereira da Silveira Cardoso, encontro-me a frequentar o 7º Curso de Mestrado – área de especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Nesta fase estou a desenvolver um projeto de Intervenção Comunitária no âmbito da vulnerabilidade acrescida nos adolescentes para o consumo do álcool, o qual irá ser aplicado numa escola do Barreiro, a alunos do 7º ano.

Este projeto visa também a formação de Embaixadores de Saúde, capacitando um grupo de alunos para a prevenção do consumo do álcool.

O professor orientador do projeto é o Professor Edmundo Sousa e o orientador clínico é o Enfermeiro Paulo Silva (Unidade Saúde Pública Arnaldo Sampaio).

Deste modo, solicito a V. Exa autorização para utilizar o Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool (QCAA), na fase de colheita de dados.

Terminando o meu projeto, teria muito gosto em lhe enviar os resultados do meu trabalho, se assim desejar.

Fico a aguardar, atenciosamente, a sua resposta.

Com os mais sinceros e respeitosos cumprimentos,

Izabela Cardoso

On 04/05/16, Izabela da Silveira Cardoso <izabela.cardoso@campus.esel.pt> wrote:



Teresa Barroso <tbarroso@esenfc.pt>

04/05/16 ☆



para mim ▾

Cara Izabela,

Agradeço desde já o interesse demonstrado no questionário em referência.

Da nossa parte autorizamos a sua utilização, gostaríamos muito que nos fosse dado a conhecer os resultados do vosso trabalho

Ao vosso dispor

Com os meus melhores cumprimentos pessoais,

Teresa Barroso

Teresa Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso

RN, MSc, PhD

Professora Adjunta

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

De: IZABELA PEREIRA DA SILVEIRA CARDOSO [mailto:izabela.cardoso@campus.esel.pt]

Enviada: terça-feira, 3 de Maio de 2016 23:44

Para: tbarroso@esenfc.pt

Cc: Jose Edmundo Xavier Furtado Sousa; Paulo Manuel Ferreira Silva | ACES Arco Ribeirinho

Assunto: Pedido de autorização para utilizar questionário QCAA

